



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO**

Edna Maria Bernardes de Borja

**A VIOLÊNCIA SIMBÓLICA E O ESTRESSE EM SAÚDE
PÚBLICA: *REFLEXÃO ERGONÔMICA/ABORDAGENS COM
PROPOSTAS DE “MUDANÇA” DAS POLÍTICAS DE SAÚDE
PÚBLICA NO UNIVERSO FEMININO***

Tese de Doutorado

FLORIANÓPOLIS

2003

EDNA MARIA BERNARDES DE BORJA

**A VIOLÊNCIA SIMBÓLICA E O ESTRESSE EM SAÚDE
PÚBLICA: *REFLEXÃO ERGONÔMICA/ABORDAGENS COM
PROPOSTAS DE “MUDANÇA” DAS POLÍTICAS DE SAÚDE
PÚBLICA NO UNIVERSO FEMININO***

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Engenharia de Produção da
Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito parcial para obtenção do
título de Doutora em Engenharia de
Produção.

Orientador: Prof. Francisco A. P. Fialho, Dr. Eng.

FLORIANÓPOLIS

2003

Edna Maria Bernadete de Borja

**A VIOLÊNCIA SIMBÓLICA E O ESTRESSE EM SAÚDE
PÚBLICA: *REFLEXÃO ERGONÔMICA/ABORDAGENS COM
PROPOSTAS DE “MUDANÇA” DAS POLÍTICAS DE SAÚDE
PÚBLICA NO UNIVERSO FEMININO***

Esta tese foi julgada e aprovada para a obtenção do título de **Doutora em Engenharia de Produção** no **Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção** na Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 16 de dezembro de 2003.

Prof. Edson Pacheco Paladini, Dr.
Coordenador do Curso

Banca Examinadora

Prof. Francisco A. P. Fialho, Dr.
Orinetador

Profª. Sonia Dominga Godoy Viera, Drª
Moderadora

Prof. Luiz F. G. de Figueiredo, Dr
Examinador

Profª. Eliete Auxiliadora A. Ourives, Drª
Examinadora

Prof. Ricardo Antônio F. Machado, Dr
Examinador Externo

Prof. Ruy Jornada Krebs, Dr.
Examinador Externo

Dedico:

A DEUS pai, pela presença do “AMOR INFINITO”; meu “PORTO SEGURO” nos momentos de insondáveis angústias; fortalecendo-me com lições de generosidade e paciência.

*Ao Orientador Professor Francisco A . P. Fialho, Dr., pelo acolhimento de minha **transformação cognitiva** onde sua sabedoria e “mão segura” foram meu suporte afetivo e meu esteio intelectual estabelecendo a confiança como um dos sentimentos mais grandiosos e estimuladores na desafiante caminhada desta trajetória ...!!*

*A “sempre” amiga Ana Maria Francisco Nunes Mendes pelo entendimento de minhas angústias, pelo longo compartilhar do “saber” nestes oito anos de Pós-Graduação e que no momento culmina com esta **tese** onde o aprendizado tem uma consistência infinita, capaz de ultrapassar a essência imutável do Universo, porém, menor do que a solidez da verdadeira amizade!!!*

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai Olindo (in memorian) a frase que contempla as virtudes ensinadas: "O homem realmente grande é tolerante humilde e modesto"(J.Paul Schimitt).

À minha mãe Etelvira, pelas suas constantes preocupações em não deixar meus sonhos morrerem..e me fazer acreditar que "O ideal exige forças para lutar e sacrifícios para vencer" (Antônio Laércio Brunato).

*Ao Edson, companheiro e amigo, pela "tranquilidade" frente as minhas **intempestivas ausências** que me **arrastaram** ao mergulho na Ciência e Profissão, obrigada pelo **AFETO** constante, mesmo nas **várias e turbulentas** retomadas pessoais, que freqüentemente resultaram em exaustão e que tantas vezes, como num **movimento mágico**, encontraram no "aconchego" do teu corpo **a terapia afetiva** e no **silêncio** de tuas manifestações a **sabedoria da Paz** procurada...*

À minha filha Caroline, com quem consigo compartilhar "grandes momentos deste desafio" pois ela está iniciando o processo de maturidade e redesenha de forma absolutamente maravilhosa a desenvoltura de uma grande amiga, parceira, confidente e... Mulher...

À minha filha Ana Luiza, que no momento passa pelas encantadoras transformações pertinentes à adolescência, inteiramente envolvida com a descoberta do "primeiro amor", porém incansável em atenuar meu cansaço com ofertas generosas de "chocolates com carinho"...

*A vocês, filhas tão diferentes e, infinitamente importantes em minha "vida", procurarei devolver, em **Amor e Afeto**, o tempo que lhes roubei...*

*Aos meus irmãos Hélio, Ivone, Olindo Júnior e especialmente a Ivonete pela grandiosidade de seu coração sempre presente com palavras de **conforto e carinho**...*

Ao Curso de Pós –Graduação em Engenharia de Produção , pela disponibilidade de acolhimento neste longo caminhar e novas descobertas...

Aos Professores Edis Mafra Lapolli Dra.; Ana Maria Benciveni Dra. e Lia Caetano Bastos Dra., que aceitaram com tanto empenho em participar da “Banca de Qualificação” e assim contribuir de forma tão acolhedora num “momento tão significativo” do processo de realização da tese.

Aos professores Eliete Auxiliadora Assumpção Ourives Dra., Luiz Fernando Gonçalves de Figueiredo Dr. e Sônia Dominga Godoy Viera Dra., agradeço as considerações e disponibilidades apresentadas em participar da Banca de Avaliação Final desta Tese.

Aos Professores Ricardo Antonio F. Machado Dr. e Ruy Jornada Krebs Dr., meu “agradecimento especial” pela generosidade em disponibilizar as suas agendas para participarem como Membros Integrantes da Banca de avaliação final desta tese.

Ao amigo Gedson Lanzarin pela contribuição técnica e acolhedora no processo final desta caminhada.

À “sempre amiga” Neiva Aparecida Gasparetto dedico o pensamento: “Viver sem amigos não é viver”(Cícero)

Às diversas Equipes de Saúde Pública de Florianópolis com as quais compartilhei o Processo de Trabalho nesta trajetória e que direta ou indiretamente contribuíram para uma maior, e melhor, estruturação deste trabalho, dedico o pensamento: “A neve e as tempestades matam as flores, mas nada podem contra as sementes” (Gibran Khalil Gibran).

Ao amigo Fábio Francisco Nunes pelo companheirismo em me ajudar nos procedimentos de documentação e organização parcial deste trabalho.

À amiga Eva Maria Seitz meu agradecimento especial pelo carinho aos procedimentos finais de estruturação deste trabalho.

À amiga Kátia Regina Aparecida Soares, pelo constante compartilhar do meu esforço, com apoio sempre otimista, dedico o pensamento: "Uma das coisas mais belas da amizade é saber quando o amigo precisa de alguém, antes que ele mesmo saiba" (Rose Muraro).

À amiga Odília Nair de Souza pelas intermináveis horas de apoio técnico nas digitações e companheirismo insuperável, dedico o pensamento: "Triste não é mudar de idéia. Triste é não ter idéia para mudar"(Francis Bacon).

Ao Grupo de Colaboradores anônimos que contribuíram com idéias e sugestões, meus sinceros agradecimentos.

RESUMO

BORJA Edna Maria Bernardes. **A Violência Simbólica e o Estresse em Saúde Pública**: reflexão ergonômica/abordagens com propostas de “mudança” das Políticas de Saúde Pública no Universo Feminino. 2003. 477f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

A definição das opções *educativas* que constituem a *Promoção e a Recuperação da Saúde da Mulher*, como também a explicitação doutrinária e filosófica, envolve o Profissional de Saúde em situações antagônicas: De um lado, caminha a ciência e seus artefatos tecnológicos com conquistas relevantes para a humanidade, porém, o perigo constante está em torná-la absoluta como caminho da verdade e única forma autorizada e digna de conhecimento. Do outro, as taxas de abandono de Tratamento de Saúde são significativas e podem ser uma das respostas que as **Mulheres** têm dado a um atendimento insatisfatório, tanto por *precariedade técnica e de competência*, como, por *revelações extremamente autoritárias*, exercidas sobre elas e no que diz respeito ao cuidar de si, do seu corpo, na maioria das vezes doente e mal tratado. O objetivo central do **Programa de Saúde da Mulher** sinaliza relação direta com o enfoque centralizado no maior número de atendimentos e, no entanto, o Processo de Condições Técnicas e Competência não é valorizado, gerando intermináveis angústias nos Trabalhadores de Saúde, resultado de uma *Política Nacional de Saúde Pública* que desencadeia uma exigência onde a **Carga Mental/Cognitiva-Psíquica e Emocional** da tarefa sobrepõe a razão, submetendo a realidade à funcionalidade e à utilidade, gerando *ESTRESSE* repetido na Equipe de Saúde Pública. O **Verticalismo das Ações** no Controle da Reprodução Humana/Planejamento Familiar exerce continuamente interferências no processo de liberdade de escolha caracterizado nesta Tese como **Violência Simbólica**, ou seja,

forma de poder exercida de modo sutil sobre os corpos, diretamente e como por magia, sem qualquer coação física. A Equipe de Saúde demonstra consciência histórica contemporânea, e esta, tem revelado que o Universo da Ciência e da Técnica não são sinônimos de paz, desenvolvimento, liberdade, e felicidade, e, quando não submetidos a valores éticos e humanos, têm significado a potencialização da exploração, manipulação, marginalização e dominação. O processo de **estresse** desencadeado pela **Carga Mental** (Carga Cognitiva/Psíquica e Emocional) gera situações agravantes e desta forma sustenta a necessidade de *Reflexões com Abordagens de Propostas de “Mudança”*, estruturadas nesta Tese pelos **Eixos Centrais** que contemplam os *Aspectos Filosóficos*, *Aspectos Sociológicos* e *Aspectos Psicológicos* que caracterizam a Produção de Conhecimentos como elemento fundamental do **“Fazer Humano”** em particular no Programa de Saúde da Mulher.

Palavras-Chave: Saúde Pública. Violência Simbólica. Carga Mental. Estresse. Universo Feminino. Mudanças.

ABSTRACT

BORJA Edna Maria Bernardes. **The Symbolic Violence and the Stress in Public Health**: ergonomics/approaches insights with “changes” proposal in Public Health Policies in a Female Universe. 2003. 477f. Thesis (Doctorate in Production Engineering) – Technological Center, Federal University of Santa Catarina, Florianopolis.

The educative option definitions that constitute the Woman Health Promotion and Recovery, as well as doctrinaire and philosophical explicitness involve the Health Practitioner in antagonistic situation: On one side, there is the science and its technological artifacts with relevant achievements for the mankind, however, the constant risk is in becoming it absolute as a way for truth and the only form authorized and worthy-knowledge. On the other side, the Health Treatment discontinuance rates are significant and can be one of the answers that Women have given in an unsatisfactory assistance as for *poor technique* and *competence* as for *revelations extremely authoritarians* exerted on them and in concerning to take care of themselves, of their body, most of the time sick and ill-treated. The central aim of the Woman Health Program signalizes the direct relationship with the centralized focus on the largest number assistance and, however, the Technical and Competence Conditions Process are not valued, generating endless suffering on the Health Workers, result of Public Health National Policies that unchain a demand where the Mental/Cognitive-Psycho and Emotional Load from the task overly the reason, submitting the reality to functionality and utility, generating repeated STRESS in the Public Health Team. The Actions verticality on the Human Reproduction Control/Family Planning exert continuous interferences in the choice freedom process characterized in this Thesis as Symbolic Violence, or rather, a power way exerted in a subtle form on the bodies, directly and as a magic, without any physical

coaction. The Health Team shows contemporary historical consciousness and has revealed that the Science and Technical Universe are not synonyms of peace, development, freedom, and happiness, and, when they are not submitted to ethical and human values have meaning and potential of exploration, manipulation, marginalization and domination. The unchained stress process by Mental Load (Cognitive/Psycho and Emotional Load) generates serious situations and in this way undergoes the need of Insights with “Change” Proposal Approaches, structured in this thesis by the Central Axes that stare the Knowledge Production as the underlying element of the “Doing Human” in particular in the Woman Health Program.

Key-Words: Public Health. Symbolic Violence. Mental Load. Stress. Female Universe. Changes.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Diagrama sobre a violência simbólica e o estresse em Saúde Pública	42
Figura 2: Diagrama sobre os eixos de elaboração da tese	43
Figura 3: Diagrama sobre os aspectos filosóficos – primeiro eixo da tese.....	44
Figura 4: Diagrama sobre os aspectos sociológicos - segundo eixo da tese	46
Figura 5: Diagrama sobre os aspectos psicológicos - terceiro eixo da tese.....	47
Figura 6: Diagrama sobre as reflexões e propostas desta tese	48
Figura 7: Prevenção em saúde.....	182
Figura 8: Níveis de aplicação preventiva	183
Figura 9: Esquema da arquitetura do processo cognitivo	191
Figura 10: As três fases da síndrome de adaptação geral.....	233
Figura 11: Prevalência Cumulativa de Depressão Maior de acordo com a Idade, correspondentes estratificados pelo Ano de Nascimento.....	246
Figura 12: Indicadores sociais de estimulação do estresse	272
Figura 13: Análise da estrutura de uma organização.....	347

LISTA DE SIGLAS

ABEPF	Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar.
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.
AIH	Autorização de Internação Hospitalar.
AIH	Autorização de Internação Hospitalar.
ANS	Agência Nacional de Saúde Complementar.
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BENFAN	Sociedade Civil de Bem Estar da Família.
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento.
BPA	Boletim de Produção Ambulatorial.
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior.
CEFOR	Centro Formador de Recursos Humanos
CES	Conselho Estadual de Saúde.
CC	Certificação de Competências.
CF	Constituição Federal.
CIB	Comissão Intergestora Bipartite (Município – Estado).
CIT	Comissão Intergestora Tripartite (Município – Estado – União).
CLS	Conselho local de Saúde.
CMS	Conselho Municipal de Saúde.
CNE	Conselho Nacional de Educação.
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
CNS	Conselho Nacional de Saúde.
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem.
CONASENS	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde.

CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde.
COSENS	Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde.
CPC	Comissão Permanente de Consulta.
CQP	Curso de Qualificação do Técnico em Enfermagem.
DIU	Dispositivo Intra-Uterino.
DNSP	Departamento de Nacional de Saúde Pública.
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis.
ETSUS	Escolas Técnicas do SUS.
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública.
FAT	Fundo de Amparo ao Trabalhador do Ministério do Trabalho e Emprego.
FES	Fundo Estadual de Saúde.
FMS	Fundo Municipal de Saúde.
FNS	Fundação Nacional de Saúde.
GAD	Gênero e Desenvolvimento.
HIV	Human Immunodeficiency Virus.
HU	Hospital Universitário.
INANPS	Instituto Nacional e Previdência Nacional.
INEP	Instituto Nacional de Ensino.
INSTRAW	Instituto Internacional de Pesquisa e Treinamento para o Avanço das Mulheres.
IPPF	Federação Internacional de Paternidade Responsável.
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional.
MAC	Média e Alta Complexidade.
MEC	Ministério da Educação e Cultura.

MET	Ministério do Trabalho e Emprego.
MRSB	Movimento pela Reforma Brasileira
MS	Ministério da Saúde.
NOAS	Norma Operacional de Assistência o Trabalhador.
NOB	Normas Operacionais Básicas.
NOB/SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde.
NOST	Norma Operacional de Saúde do Trabalhador.
ONU	Organização das Nações Unidas.
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde.
PAB	Piso de Atenção Básica.
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde.
PAISM	Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher.
PAISMC	Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher e da Criança.
PCCN	Programa de controle de Carências Nutricionais.
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento.
PIB	Produto Interno Bruto.
PITS	Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde.
PND	Plano Nacional de Desenvolvimento.
PNI	Programa Nacional de Imunizações.
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços de Saúde.
PROFAE	Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.
PSF	Programa de Saúde da Família.
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde.
SAG	Síndrome da Adaptação Geral.

SAS	Secretária de Assistência à Saúde.
SEF	Secretaria de Ensino Fundamental.
SEMTEC	Secretaria de Educação Média e Tecnológica.
SES	Secretaria Estadual de Saúde.
SESU	Secretaria de Ensino Superior.
SET	Secretaria de Ensino Técnico.
SAI	Sistema de Informação Ambulatorial.
SIAB	Sistema de Informações de Atenção Básica.
SIH	Sistema de Informação Hospitalar.
SILOS	Sistemas Locais de Saúde.
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade.
SINAN	Sistema de informações sobre Agravos de Notificação Compulsória.
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos.
SIOPS	Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.
SIS	Sistema de Informação em Saúde.
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional.
SMS	Secretaria Municipal de Saúde.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SAMETS	Sistema de Acompanhamento de Sinais de Mercado de Trabalho do Setor de Saúde, com foco em Enfermagem.
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação a Ciência e a Cultura.
WID	Women in Development- Mulheres em Desenvolvimento.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	23
1.1 A Gênese do Tema	23
1.2 Justificativa de Elaboração e Estruturação do Estudo	32
1.3 Objetivos	37
1.3.1 Objetivos Gerais	37
1.3.2 Objetivos Específicos	38
1.4 Estrutura Metodológica do Processo de Elaboração da Tese	39
1.4.1 Eixos de Elaboração da Tese	43
1.5 Estrutura do Estudo	48
2 REVISÃO DE LITERATURA	50
2.1 Políticas Públicas de Saúde	50
2.1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)	50
2.1.1.1 Institucionalização do SUS	51
2.1.1.2 Histórico do Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina	53
2.1.1.3 Processo Ergonômico da Implantação de Programas	57
2.1.2 Princípios do SUS	60
2.1.2.1 Parâmetros Doutrinários	60
2.1.2.2 Parâmetros Organizativos	61
2.1.3 Gerenciamento	62
2.1.4 Princípios de Organização do SUS (Diretrizes)	63
2.1.5 Os Gestores do SUS	65

2.1.5.1 Funções no Âmbito dos Municípios que se Enquadram como Gestores do SUS	65
2.1.6 Papel do SUS	66
2.1.7 Formas de Gestão Preconizadas Pela NOB 01/96	70
2.1.7.1 Municípios	71
2.1.7.2 Estados	75
2.1.8 Financiamento do SUS	77
2.1.8.1 Financiamento e a Constituição Federal	79
2.1.8.2 Gestão Financeira	81
2.1.9 Serviços Privados e Relação com o SUS	88
2.1.10 Plano Municipal de Saúde	89
2.1.11 Sistema de Referência e Contra-Referência	91
2.1.12 Participação Popular e Controle Social	92
2.1.13 Conferência de Saúde	93
2.1.14 Conselho de Saúde	95
2.1.14.1 Importância do Conselho	95
2.2 O Referencial Histórico da Saúde Pública	96
2.2.1 Saúde Pública e a Enfermagem	98
2.2.2 Abordagens de Educação em Saúde	106
2.2.2.1 Atividades Individuais	109
2.2.2.2 Atividades Domiciliares	110
2.2.2.3 Atividades Grupais	112
2.3 Referencial Histórico das Políticas Públicas de Saúde	116
2.3.1 Políticas Públicas de Educação e Saúde	119

2.3.2 Situando a Saúde e a Política nos Princípios Gerais da Organização do SUS	121
2.3.3 Níveis de Atenção à Saúde / Política de Saúde.....	122
2.3.4 Política dos Serviços Básicos de Saúde	123
2.3.5 Políticas de Saúde dos Aspectos de Prevenção.....	124
2.3.6 Definição e Caracterização do Local de Atendimento - Atenção Primária / Centro de Saúde	127
2.4 O Cidadão e seus Direitos à Saúde	130
2.4.1 O Conceito de Cidadania na História	130
2.4.2 Educação e Cidadania	133
2.4.3 Os Direitos do Cidadão	138
2.4.4 Instrumentos Legais para a Defesa dos Direitos dos Cidadãos	139
2.5 Reflexão Sobre o Processo Etiogenia-Patogenia	141
2.5.1 A Causalidade.....	141
2.5.2 A Multicausalidade	147
2.5.3 O “ Olhar” da Epidemiologia.....	151
2.5.3.1 O Enfoque da Epidemiologia	154
2.5.3.2 Princípios da Epidemiologia.....	155
2.5.3.3 Aspectos de Coleta da Epidemiologia.....	156
2.5.3.4 Aspectos Descritivos, Analíticos e Construtivos da Epidemiologia	157
2.5.3.5 Fatores Causais Relativos ao Agente	162
2.5.4 Usos Específicos dos Princípios e Métodos Epidemiológicos.....	173
2.5.5 Usos da Epidemiologia	174
2.6 Ergonomia	183
2.6.1 Conceituações	187

2.6.2 Histórico.....	194
2.6.3 A Intervenção Ergonômica na Situação de Trabalho	196
2.6.3.1 Perspectivas Históricas do trabalho	200
2.6.3.2 Significado do Trabalho	203
2.6.3.3 Premissas Básicas do Trabalho.....	208
2.6.3.4 O Trabalho e a Evolução Técnica	209
2.6.3.5 Teorias Psicológicas do Trabalho	211
2.6.3.6 A Evolução da Psicologia do Trabalho.....	214
2.6.4 Do Taylorismo à Psicologia das Organizações	217
2.6.4.1 Perspectivas da Psicologia do Trabalho	219
2.6.5 Taylorismo e Qualidade	220
2.6.5.1 A Administração Científica do Trabalho	221
2.6.5.2 Fundamentos da Administração Científica.....	225
2.6.5.3 O Conceito do “Homos Economicus”: concepção do homem segundo o Taylorismo	226
2.7 Estresse: o Estado de Alerta no Planeta	226
2.7.1 Conseqüências Fisiológicas do Estresse.....	230
2.7.2 Conseqüências Psicológicas do Estresse.....	232
2.7.3 A Reação de Estresse	239
2.8 Psicopatologias	240
2.8.1 O Conceito de Doença Mental.....	244
2.8.2 Epidemiologia das Psicopatologias.....	246
2.9 Controle Social/Planejamento Familiar	250
2.9.1 Evolução Histórica do Planejamento Familiar no Mundo	254
2.9.2 Evolução Histórica do Planejamento familiar no Brasil	262

2.9.3 Planejamento Familiar e Política Populacional	265
3 ANÁLISE E DISCUSSÃO	266
3.1 A Violência Simbólica, e os Indicadores Sociais, no Desencadeamento do Estresse.....	266
3.1.1 Universo simbólico.....	270
3.1.2 Alimentação e seus efeitos para o estresse.....	274
3.1.3 Habitação, Saneamento e Meio Ambiente: condicionantes para o estresse	276
3.1.4 Educação e o Estresse	281
3.1.5 Trabalho e Renda - Emprego e Lazer/ Estresse	283
3.1.6 Transporte e Convívio Familiar e Estresse	287
3.1.7 Sistema de Papéis e de papéis e de relações entre Mulheres e Homens/Gênero	288
3.1.7.1 Dimensão do Sistema Biológico/Universo Feminino.....	295
3.1.7.2 Perspectivas importantes do Universo Feminino	317
3.2 Necessidades Práticas e Interesses Estratégicos/Igualdade Política entre Mulheres e Homens.....	321
3.2.1 O Crescimento Econômico e sua relação com Mulheres e Homens	323
3.2.2 O Processo contínuo das Mudanças / Violência Simbólica.....	325
3.3 Comentários Finais/Análise da Autora	326
3.4 Referencial Histórico da Relação Entre Educação e Políticas Econômicas de Saúde/Trabalho	327
3.4.1 Considerações sobre as Tendências do Ensino e da Economia.....	328

3.4.2 A Organização do Trabalho e das Profissões	333
3.5 O Olhar Reflexivo Sobre a Implantação dos Programas de Saúde	340
3.5.1 Enfoque Sistêmico	341
3.5.2 Análise da Estrutura de uma Organização.....	343
3.5.3 Critérios para a formulação de um Sistema de Saúde voltado para a Execução de Programas	348
3.5.4 O Sistema de Saúde como parte integrante do Programa em Desenvolvimento.....	351
3.5.5 Sistema de Serviços de Saúde	352
3.5.6 Sistema Nacional de Saúde.....	353
3.6 O Olhar Crítico do Trabalho no Atendimento de Saúde Referente à Assistência a Mulher – Programa de Saúde da Mulher	355
3.6.1 Visão Política	366
3.6.2 Situação Política de Saúde atual; Educação como META – Aspectos Críticos	368
3.6.3 Aspectos Críticos das Iniciativas no Campo da Formação	368
3.6.4 Alguns Aspectos Conceituais Relevantes.....	371
3.6.5 Esboço de uma Nova Prática.....	389
3.6.6 A Prática Educativa.....	391
3.6.7 Recomendações para Implantação e Execução	392
3.6.8 Avaliação	400
3.7 Análise Contextual das Políticas Nacionais de Educação em Saúde Pública.....	401
3.7.1 Horizontes Ergonômicos das Propostas de Mudanças	401

3.7.2 Caminhos Estratégicos Organizacionais Previstos para o Brasil: A Longa Caminhada e o Perfil Político de uma Nova Estratégia	403
3.7.3 Alguns Aspectos Conceituais Relevantes.....	409
3.7.4 Aspectos Críticos das Iniciativas no Campo da Formação	412
3.7.5 Como se Constroem as MUDANÇAS.....	417
3.8 Considerações sobre o Processo Cognitivo.....	430
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	433
REFERÊNCIAS.....	445

1 INTRODUÇÃO

1.1 A Gênese do Tema

Em todo o mundo, as ciências vêm tematizando questões relativas à velhice, aos homossexuais, às prostitutas, aos negros, às populações nativas, aos povos de origem africana, aos mestiços, aos imigrantes, aos portadores de imunodeficiência adquirida por HIV, em suma, a todos os grupos de alguma forma discriminados e oprimidos. Incluíram-se, na pauta dos temas relevantes para as Ciências Sociais, sujeitos trazidos por critérios que não apenas o de classe social. Por exemplo, incluíram-se as questões culturais, as relativas a gênero, a orientação sexual, dentre outras. É claro que há resistências à legitimação de tais critérios e no Campo da Saúde, no entanto, não há como despreza-los.

Há muitos estudos sobre a presença e a importância da multiculturalidade no contexto da Saúde Pública que precisam ser conhecidos e compreendidos, bem como a diversidade de estudos a respeito do processo de **prevenção e cura** das mais variadas patologias psicossomáticas onde os segmentos diversificados objetivam melhor compreender o universo das etiologias e há destaques nesta ótica como o modelo de “Cura Quântica” que é essencialmente “a cura espiritual realizada pelo pensamento que é um atributo da alma” (OLIVEIRA, 2001).

A **saúde** não deve se restringir ao tradicional conceito de Prevenção, Diagnóstico, Tratamento e Reabilitação, mas deve ser abordada também no Contexto Cultural, Histórico e Antropológico, onde estão os indivíduos que se querem ver saudáveis ou livres de doenças. Esta abordagem é fundamental ao se analisar a questão da **Saúde da Mulher Brasileira**, em especial daquela de “menor

renda”, pois esta tem carências marcadas daquilo que se chama de “Necessidades Básicas”, que interferem na sua saúde e seu bem-estar. Esta mulher carece, freqüentemente, e alimentação, moradia, trabalho digno e adequadamente remunerado, educação, cultura, lazer, entre outros. Evidentemente, esta “doença social” que acomete um número expressivo de mulheres – determina ou agrava condições biológicas e psicológicas que põem em risco sua Vida, sua Saúde e seu Bem-Estar.

Outro fator contemporâneo, que se vem constituindo como complicador para as relações estabelecidas nas comunidades e, conseqüentemente, criador de dificuldades para o processo de saúde-aprendizagem, é a **Violência**.

A literatura informa que a violência surgiu com a civilização. Na natureza, as agressões sempre se dão por razões de sobrevivência, da espécie, no caso da luta entre machos pela conquista das fêmeas; do animal isolado, quando faminto e com necessidade de saciar a fome. Mesmo nestas circunstâncias, são mantidos alguns rituais e condições, impostas como limites à **violência**.

Ela é o oposto da natureza. É a imposição de uma vontade a outra vontade, pela força. É a desconsideração, a negação da condição humana do *outro*, portanto, da condição de sujeito ao *outro*. Como não há sujeito isolado, alheio a algum tipo de sociabilidade, a *violência* tanto desumaniza o violentado, como o faz ao sujeito do ato violento. Portanto, é também um ato que nega a cultura como produção de um grupo de sujeitos, de seres *humanos*.

A **violência simbólica** discutida por Bourdieu (2001), como produto da imposição de uma cultura arbitrária, por meio de atores, Práticas e Instituições também arbitrariamente selecionados e destinados a tal função, tampouco pode ser esquecida, uma vez que perpassa todo o tecido social, forma consciências,

condiciona Práticas Sociais, é naturalizada e cumpre, sempre, a missão de reproduzir a Ordem Social dominante, de maneira dissimulada e socialmente aceita.

No caso do Programa de Saúde da Mulher, acresce-se à problemática de **violência simbólica**, já explicitada, questões também complexas, relacionadas às relações de *gênero*, de não tão simples resolução, por refletirem padrões culturais dominantes na sociedade. A definição de identidade sexual como fator eminentemente biológico, em que as características anatômicas, fisiológicas e hormonais definem macho e fêmea, é por demais estreita para abarcar a totalidade dos Universos Masculino e Feminino.

A identidade cultural de gênero é construída no tempo e no espaço, criando estereótipos de papéis diferenciados, marcados pelos interesses imediatos das sociedades nos diferentes momentos históricos. **Ao longo dos séculos, construiu-se um modelo social predominante que vem impedindo a mulher de ser sujeito pleno de sua própria história.** Este modelo pré-determina formas de conhecimento e ação, na Área da Saúde inclusive, que evidenciam seu caráter patriarcal.

Estes determinantes histórico-sociais vêm se refletindo, ao longo dos tempos na atuação da Equipe de Saúde Pública nas questões relacionadas à Saúde da Mulher: a exaltação da maternidade, discurso dominante a partir do século XIX, trouxe no seu bojo não a proteção da mulher das vulnerabilidades a que está exposta no processo de manutenção da espécie, mas a perpetuação das relações de poder entre os sexos.

A necessidade de uma maior **reflexão** acerca dos Programas de Saúde da Mulher/Políticas de Saúde Pública vem aflorando imensas indagações:

- O Programa de Saúde da Mulher seria pautado na medicina de pobre para pobres?
- Representaria a Implantação de um pacote Básico no SUS, segundo os moldes propostos pelas Agências Financeiras externas?
- Seria um **Programa Vertical** do Ministério da Saúde (MS), privando os Gestores Municipais da possibilidade de criar e organizar seus Sistemas Municipais de Saúde de acordo com as realidades locais?
- Seria um modelo mantenedor da Biomedicina?

Um dos grandes desafios enfrentados no Brasil, no atual momento político de reconstrução do SUS, está sendo a efetivação dos Princípios Constitucionais de **acessibilidade, universalidade e integralidade**. Sem dúvida, a **Universalidade** é um dos grandes legados do Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que estava conectado a toda uma formulação discursiva estabelecida na América Latina na década de 1970.

E é necessária a compreensão destas inter-relações para que se possa perceber porque o Brasil ainda apresenta indicadores inadmissíveis de mortalidade materna e mortalidade perinatal, muito além daquela esperada para seu nível de desenvolvimento e um exercício freqüentemente equivocado dos *Direitos Reprodutivos* por parte de suas cidadãs e Equipe de Saúde.

A Reprodução afeta a Mulher de uma forma que transcende as divisões de classe e permeia todas as suas atividades: sua **educação, seu trabalho, seu envolvimento Político e Social, sua saúde, sua sexualidade, enfim, sua Vida e seus sonhos**. É necessário que se deixe de romantizar o poder que pode existir da conexão biológica da Mulher com a Maternidade. É fundamental deixar de

subestimar o poder repressivo sobre as mulheres que se estabelece com esta conexão. Pois esta visão “**reprodutiva**” das mulheres é muito menos o resultado de sua condição biológica e, acima de tudo, determinada pela Organização Social e cultural. E não se pode deixar de reconhecer que esta Organização tem, até hoje, buscado cercear os esforços das mulheres para ganhar um pouco de espaço de controle sobre suas vidas e seus corpos e para expressar livremente sua sexualidade.

Atualmente, pode-se observar no mundo todo, embora, infelizmente, ainda de forma muito tímida no Brasil, uma crescente tendência à contestação de um modelo de desenvolvimento que privilegia a Ordem Hierárquica, Consumista e Tecnológica. Esta contestação é evidente nos movimentos de protesto contra as Sociedades de Modelo Político Autoritário, na afirmação da liberdade e da democracia e no fortalecimento de uma corrente preservacionista, ecológica, em oposição à tradicional atitude dominadora e apropriativa determinada pelo modo de produção. É sob a ótica deste movimento de transformação que deve ocorrer uma nova reflexão sobre a Saúde da Mulher. **Pensar sobre a Mulher e sua Saúde é pensar uma Nova Sociedade, em que o eixo central seja a qualidade de vida do ser humano desde o seu nascimento.**

Não se pode negar as contribuições que os avanços técnico-científicos trouxeram à humanidade e à Mulher em especial. Estes avanços abriram, teoricamente, espaços para que a mulher se tornasse dona de seu corpo e de seu destino. Os métodos contraceptivos provocaram mudanças qualitativas na vida da mulher a partir dos anos 60, favorecendo a vivência da sexualidade sem o ônus da gravidez indesejada. Porém, a mesma sociedade que criou tais instrumentos não reconhece ideologicamente o *Direito da Mulher à Sexualidade Plena*, torna-a

exclusiva responsável pela reprodução humana e não lhe dá acesso a informações sobre direitos reprodutivos.

A desvinculação entre vida sexual e reprodução, em vez de proporcionar a liberdade feminina, tem se apresentado de forma a criar artimanhas que preservam os tabus e a inconsciência, deixando inalterado o modelo tradicional da imposição de alternativas à mulher. Estatísticas recentes demonstram um número expressivo de laqueaduras realizadas em mulheres jovens e desinformadas. Não menos alarmantes são as estimativas sobre os abortos clandestinos realizados no Brasil que resultam em um número desconhecido, mas seguramente não desprezível de mortes.

Estes fatos revelam contradições na sociedade, que se reproduzem no Sistema de Saúde e, mais intensamente, no atendimento à Saúde da Mulher, tanto no que se refere ao desempenho do Sistema de Saúde, quanto a Indicadores de Saúde que refletem indiretamente a qualidade de vida da população (probabilidade de morte e esperança e vida ao nascer). Para o desenvolvimento de uma Política eficaz de atenção integral à Saúde que, sem dúvida, implicará a médio e longo prazo em melhoria da qualidade da vida humana, é preciso considerar estas questões.

Um novo conceito de Saúde que considere a **consciência plena de cidadania** dos indivíduos exige novas posições e, portanto, **novos ordenamentos culturais**. A humanização do nascimento, só é possível se cidadãos e cidadãos, Profissionais de Saúde e gestantes, sociedade em geral, assimilarem estes conceitos, pode ser o primeiro passo.

Embora o Setor Público no Brasil ainda continuasse privilegiando a atenção à gestante, na transição das décadas 60/70, começaram a surgir entidades ditas não-governamentais que desenvolviam *programas verticais de planejamento*

familiar, sem outros cuidados à *Saúde das Mulheres*. A criação da Sociedade Civil de Bem-Estar Familiar (BENFAM) e sua ampla atuação na sociedade brasileira na década de 70 assinalam o exemplo mais claro deste período. Menos clara, entretanto, fica a compreensão de porque, em sendo este período o auge do regime militar no Brasil com seus princípios pró-natalistas, que visam ocupar os imensos espaços vazios de nosso território em nome da segurança nacional, foi possível a proliferação destas entidades ditas “controlistas”. Esta dicotomia entre o discurso e a prática, tão marcada na sociedade brasileira até os dias atuais, certamente não trouxe benefícios às mulheres, novamente transformadas em alvo de Programas que não objetivavam sua Saúde, nem seu bem-estar.

Como reação a esta prática, as esquerdas brasileiras iniciaram movimento contrário: a oposição ao Planejamento Familiar e ao Controle da Natalidade, duas estratégias que, embora tenham significados diferentes, superpunham-se nesta época, tendo a primeira emprestado seu nome para amenizar o impacto político da implantação subliminar da segunda.

Novamente, este antagonismo não trouxe benefícios para as mulheres. Enquanto as clínicas privadas de planejamento familiar proliferavam e disponibilizavam contracepção, a medicina sanitária, que introjetava em sua prática o pensamento da esquerda, dificultava o acesso das mulheres a outras alternativas. Ser “contra” o planejamento familiar transformou-se em “Bandeira Política”, o que retardou a oferta destas ações de saúde na Rede Básica. A sociedade brasileira vivia nas décadas de 60 e 70 um ritmo de industrialização e urbanização acelerado e, deste processo, resultaram modificações nas expectativas reprodutivas das brasileiras que, com algumas décadas de atraso e talvez motivadas por determinantes distintos daquelas dos países desenvolvidos, passaram a desejar

famílias menores. E foram buscar as alternativas disponíveis de métodos anticoncepcionais, ainda que não fossem as ideais. Não pode ter sido outra a razão que culmina na década de 90 com uma prática de planejamento familiar de alta prevalência e baixa qualidade.

O ressurgimento do Movimento Feminista a partir da metade deste século trouxe ao debate novas concepções das relações entre os gêneros e das relações entre o ser humano e a sociedade. Inicialmente adotando uma postura de polarização/antagonismo entre os sexos, o pensamento feminista evoluiu neste final de século para uma posição mais construtiva, de estímulo à cooperação/companheirismo e à valorização da individualidade de cada um dos gêneros, sem exclusões.

Evidentemente, as conquistas do feminismo no Brasil e no mundo são significativas e têm permitido uma evolução da sociedade em relação ao reconhecimento dos ***direitos de cidadania igualitários*** entre ***homens e mulheres***, também no ***Campo da Saúde***.

Entretanto, e apesar destas importantes conquistas, observa-se hoje que a quase totalidade das iniciativas relacionadas à Saúde das Mulheres tem se caracterizado por manipular seus corpos e suas vidas, visando objetivos outros que não seu bem-estar. Os termos que as designam, muitas vezes, servem *a priori* para ditar normas, visando um comportamento feminino entendido como útil para o *Poder Social Vigente*. E, talvez por isto, muitas destas iniciativas não tenham logrado sucesso na melhoria da Saúde das Mulheres, inclusive porque insistem em expropriar da mulher sua autodeterminação.

A busca de um entendimento **Teórico-Crítico-Reflexivo** sobre a ***Violência Simbólica e o Estresse em Saúde Pública*** caminha com *Propostas de*

“Mudança” que podem “interferir na satisfação profissional, não só em relação ao trabalho concreto exercido, mas também nas representações que tem dos seus significados de sua profissão” (GROSSEMAN, 2001).

Superar novos desafios decorrentes das **mudanças** provocadas pelo desenvolvimento Científico e Tecnológico, pelo dinamismo das Relações Sócio-Econômicas e por novas configurações Político-Culturais capazes de indicar “Novos Horizontes” gera um melhor entendimento das *Metas* a serem alcançadas pelas *Políticas Nacionais de Saúde Pública* caracterizando a ***Produção de Conhecimento como elemento fundamental do “Fazer Humano”, em particular no Programa de Saúde da Mulher.***

As condições do **Gênero Mulher** historicamente determinadas geram nos Profissionais de Saúde uma realidade laboral mobilizada pela **Carga Mental** capaz de desencadear **Estresses Repetidos**.

A reflexão sobre o *Estresse* provocado pelas Políticas de Saúde Pública no atendimento à Mulher torna-se construtiva e indispensável na medida em que entendemos o Verticalismo das Ações e tentamos ameniza-lo, pois é pela mediação realizada pela consciência que o Homem percebe e entende a Natureza, os outros Homens e a Sociedade. É pela incorporação de uma teoria das Relações Sociais que os homens se relacionam, se reproduzem e reproduzem o mundo em torno de si, e o *fazer humano* pode ser considerado distinto daquilo que fazem os animais irracionais na busca por alimento ou por abrigo “[...] justamente por que a prática não ocorre de modo imediato – sem intermediação, requerendo uma decisão consciente, acaba sempre incluindo elementos teóricos” (SCHMIED-KOWARKZIK, 1974, p. 20). Ou seja, implica em abstração, **Reflexão** e estabelecimento de relações.

1.2 Justificativa de Elaboração e Estruturação do Estudo

A implantação dos Programas de Saúde introduziu a Equipe de Saúde no interior da família transformando as mulheres, enquanto mães, em executoras e vigilantes constantes do discurso moralista da higiene e da puericultura adequado às exigências de uma nova ordem social. O cuidado com a vida doméstica e com a socialização das crianças, o cuidar de outros (marido, filhos, casa), implicam numa desvalorização crescente do cuidar de si mesma e, conseqüentemente, na perda da capacidade auto-reflexiva sobre o seu próprio corpo e o cotidiano das suas manifestações, seja quando doente, seja quando sadio.

Cuidar de si mesma, ter tempo para si, agora implica para cada mulher que o cotidiano, organizado de certo modo, precisa ser reordenado.

A definição das **opções educativas** que constituem a Promoção e Recuperação da Saúde da mulher, como também a explicitação doutrinária e filosófica, envolve o Profissional de Saúde em situações antagônicas:

- de um lado, caminha a ciência e seus artefatos tecnológicos com conquistas relevantes para a humanidade, porém, o perigo constante está em torná-la absoluta como caminho da verdade e única forma autorizada e digna de conhecimento.
- do outro, as taxas de abandono de tratamento de saúde são significativas e podem ser uma das respostas que as mulheres têm dado a um atendimento insatisfatório, tanto por precariedade técnica e de competência, como por revelação, extremamente autoritárias exercidas sobre elas e no que diz respeito ao cuidar de si, do seu corpo, na maioria das vezes doente e mal tratado.

O objetivo central do Programa de Saúde da mulher sinaliza o eixo central relacionado ao maior número de atendimento e, no entanto, o processo de condições técnicas e competência não é valorizado, gerando intermináveis angústias nos Trabalhadores de Saúde, desencadeando uma exigência onde a *Carga Mental* da tarefa sobrepõe a razão, submetendo a realidade à funcionalidade e à utilidade.

A Equipe de Saúde tem consciência de que a história contemporânea tem revelado a ciência e a técnica, não como sinônimos de desenvolvimento, paz, liberdade, e felicidade, e quando não submetidos a valores éticos e humanos, têm significado a exploração, manipulação, marginalização e dominação.

O *Processo de Estresse* desencadeado pela *Carga Mental* (carga cognitiva/psíquica e emotiva) gera situações agravantes à medida que a Equipe de Saúde percebe a imobilização do “*ser na representação*”, iniciada por Platão e Aristóteles e que alcança sua plenitude no pensar moderno, onde tudo é visto no horizonte manipulável, do instrumentalizável, do objetivável e do representável.

A situação de “*carga mental/estresse*” prossegue quando o “olhar” se direciona para a ciência moderna, e, como esta se apresenta.

Estas angústias têm assumido proporções elevadas, pois as condições técnicas referem-se ao número reduzido de Profissionais integrantes da Equipe de Saúde e que frente à tarefa *educativa* defrontam-se com a complexidade do Processo de Competência e o desafio de intermediar e repassar conhecimentos de Saúde nas mais variadas situações, para pessoas de diferentes ideologias que exigem uma abordagem transformadora, resultante do processo de competência de

articulação de conhecimentos, habilidades e atitudes que assegure ação adequada diante do inesperado e do não habitual.

Se forem levadas em conta apenas o Processo Organizacional e as Metas dos Programas de Saúde da Mulher, não há lugar para considerar o **trabalho** como Princípio Educativo, porque não há lugar para que ele seja princípio de **vida** em sociedade, ou princípio de cidadania. E, mesmo quando se utilize a expressão “trabalho como princípio de [...]”, certamente estaremos diante de uma expressão falaciosa.

Contudo, é inaceitável limitar, reduzir o trabalho e não considerá-lo como algo que o ultrapassa para se identificar com a própria essência do homem. O trabalho compreende dimensões organizacionais, mas as transcende. E quando não conseguimos nem no discurso, nem na prática, ultrapassá-las, é porque continuamos a concebê-los como coisa, como objeto, jamais como verdadeiro princípio de Cidadania e de Educação.

Ninguém nega o fato, historicamente construído, de um trabalho subordinado a outros objetivos, ou a objetivo de outros, e estranho ao projeto do ser humano enquanto indivíduo e membro de uma coletividade. Isto é evidente em uma sociedade em que predominam os interesses do capital sobre os do trabalho, ou sobre os da vida humana.

O que precisamos reconhecer é a possibilidade histórica de desconstruir este fato, porque, mesmo na condição de *trabalho*, *necessidades*, existem de fato, manifestações de trabalho pautadas na *liberdade*.

Frigotto (1999) lembra-nos que, o fato de se considerar o trabalho mais importante à produção material não deriva de uma superioridade da atividade material, mas da necessidade que mulheres e homens tem de produzir bens

materiais que atendam às suas necessidades biológicas. Assim, não se pode negar que o trabalho humano responde ao imperativo da necessidade, e não da liberdade.

Contudo, a luta dos seres humanos é para abreviar este tempo de trabalho submetido à necessidade, para conquistar *tempo realmente livre*, esfera em que as capacidades humanas podem efetivamente se desenvolver.

Justamente porque o trabalho tem estas duas dimensões, que não se excluem na contradição e se buscam, tendendo à complementação e integração, e assim é possível vê-lo como Fundamento e Princípio Educativo.

Antonio Gramsci (1891-1937) nos trouxe uma importante contribuição para além da visão de Marx, para quem o Ensino se integra ao Trabalho Educativo, parte do Processo de Educação, totalmente autônomo e primário.

A velocidade da geração e da aplicação de conhecimento, reconfigurando perfis profissionais e reorganizando o trabalho, são certamente importantes elementos críticos a serem considerados. Mas, assim como o *trabalho* e a *educação* não se esgotam nestas manifestações, não são estes os elementos definidores dos desafios que enfrentamos para relacioná-los.

A crise em que vivemos é também, mais do que a crise de aprofundamento teórico na análise. Na verdade, o que se enfrenta é a imprecisão ou fluidez de objeto de análise, uma vez que:

- 1º - no campo Social e Econômico, as manifestações se definem por uma desordem dos mercados, por uma hegemonia do capital especulativo, pelo monopólio da Ciência e da Técnica, pelo desemprego estrutural e pela maximização da exclusão;
- 2º - no campo Ético-Político, as manifestações se definem por uma enorme insensibilidade diante dos fatos da exclusão, da violência e da

miséria humana, vistos e tidos como tão “naturais” e “inelutáveis” como os terremotos e tufões.

O **Educador em Saúde Comunitária** integrada aos Programas de Saúde, ao refletir sobre a **realidade** e a **prática** defronta-se ainda com alguns desafios. O primeiro deles é, sem dúvida alguma, a sua responsabilidade formadora de novos conceitos de Saúde e os principais problemas relacionados com a Saúde da Mulher em que a **falta de acesso às informações e aos Serviços de Saúde**, associado à inexistência de um processo de envolvimento da Mulher na discussão e na solução dos seus problemas contribuem, em muito, para a manutenção da situação de risco e das questões de Saúde existente no Universo da População Feminina.

O entendimento de que o objetivo geral do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher é a melhoria dessa situação se faz necessário, não só a definição das Ações Educativas que irão contribuir para a Promoção e Recuperação da Saúde da Mulher, como também a explicitação do conteúdo doutrinário e filosófico que deve permear estas ações.

Reconhecendo a centralidade do trabalho na **realidade humana** as Equipes de Trabalhadores de Saúde que desempenham suas atividades nos Programas de Saúde da Mulher precisam estar conscientes ao processo de “**alienação**” e perceber que este ocorre na atividade subjetiva, quando o homem deixa de pensar por si mesmo e passa a pensar por outro. É o que ocorre no plano ideológico, quando o indivíduo assume, como representante de sua classe social, idéias de outra, em geral, dominante. Ocorre, assim, alienação da consciência e dominação ideológica.

Na análise do contexto, o olhar metafísico (essencialista) e o naturalista exclusivamente científico, nos moldes positivistas e de raiz iluminista (luz da razão a

iluminar a realidade e a humanidade), revelaram-se insuficientes para explicar e dar sentido à realidade.

Por isso, desde o século XIX até o momento presente, há um esforço para instaurar um *novo modo de pensar*. Este se traduz como um pensar que busca integrar os aspectos válidos dos olhares anteriores, numa síntese que avance, enriquecendo ainda mais a compreensão da realidade.

Esse novo modo de pensar, que se caracteriza pela retomada, negação e superação do olhar metafísico e científico, é o olhar da contradição que avalia a **totalidade**, o **movimento** e a **mudança qualitativa**. Seu elemento fundamental está no Princípio Básico de que a compreensão do real e o conhecimento que dele temos são radicalmente históricos. Isto é, entende que a **realidade** não está dada, mas vai se constituindo e refletindo sobre a atividade consciente onde esta, só se justifica se for **realmente crítica**, ou seja, capaz de apreender a realidade sem cair na “alienação.”

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivos Gerais

- Refletir sobre os **Indicadores Sociais do Estresse / Carga Mental:**
Cognitiva/Psíquica e Emocional, decorrente do Verticalismo

Organizacional do Programa de Saúde da Mulher, que gera limitação do desempenho laboral.

- Desenvolver Abordagens com Propostas de Mudança laboral, relacionadas ao contexto das Políticas de Saúde Pública no Universo Feminino.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar o Processo do Estresse resultante da Carga Cognitiva/Psíquica e Emocional provocado pelas Políticas de Saúde Pública no desenvolvimento dos Programas de Saúde da Mulher.
- Correlacioná-los com a Carga Mental do Trabalho/Verticalismo das Ações.
- Contextualizar o Processo de Violência Simbólica no Controle de Reprodução Humana/Planejamento Familiar.
- Reconhecer as necessidades do Sujeito Humano no movimento em dominar a realidade objetiva.
- Integrar-se ao esforço coletivo de elaboração, desenvolvimento e avaliação da proposta de inovações na Implantação de Programas de Saúde.
- Refletir sobre a perspectiva global de construção de um novo patamar de qualidade para a Educação Básica em Saúde no país.
- Construir Abordagens de Propostas de Mudança, relacionadas ao Processo Educacional de Requalificação Profissional da Área de Saúde.
- Propor soluções Socialmente contextualizadas e Teoricamente fundamentadas sobre a prática laboral de Saúde Pública.

- **Potencializar a qualidade de vida dos trabalhadores que integram a Equipe de Saúde Pública.**

1.4 Estrutura Metodológica do Processo de Elaboração da Tese

A estrutura metodológica desta tese está fundamentada no Processo Descritivo Qualitativo da **Pesquisa Participante** onde a pesquisadora procurou interagir com os “fatos”, “cenários” e “acontecimentos” relativos ao contexto Sócio-Político das Políticas Nacionais de Saúde no Universo Feminino, especificamente no Verticalismo das Ações no Programa de Saúde da Mulher relacionadas ao controle de Reprodução Humana/Planejamento Familiar.

O “mergulho” neste contexto foi decorrente das questões inquietantes relatadas pelas “Mulheres” cotidianamente nas Consultas de Enfermagem, bem como o descaso com que as mesmas vinham sendo tratadas e que geram progressivo abandono das consultas aos Serviços de Saúde.

O resultado desta interação que ocorreu no período de quatro anos - novembro de 1999 a julho 2003, desencadeou Reflexões com MACRO Propostas de “mudança” que envolvem os vários Órgãos Ministeriais relacionadas ao Processo de Formação dos Trabalhadores da Área de Saúde e Qualificação Profissional na Graduação/Pós Graduação e Cursos de Nível Médio Técnico da Área de Saúde por acreditar na necessidade de uma *mudança estrutural de base* **Educacional**, mesmo que ocorra em longo prazo, capaz de aproximar as **realidades do mundo teórico e**

prático propiciando ao trabalhador da Área de Saúde uma visão contextualizada Bio-Psíquica e Social mais ajustada da **realidade trabalhada**.

A elaboração da Tese contempla três Eixos Centrais de Estruturação e que foram denominados de:

- a) *Aspectos Filosóficos*
- b) *Aspectos Sociológicos*
- c) *Aspectos Psicológicos*

O **Eixo “A”**: *Aspectos Filosóficos* relacionam-se com as abordagens das *Metas das Políticas Nacionais de Saúde Pública*.

O **Eixo “B”**: *Aspectos Sociológicos* interage as questões pertinentes ao *Universo Feminino*.

O **Eixo “C”**: *Aspectos Psicológicos* aborda Reflexões sobre a *Violência Simbólica e a Carga Cognitiva*.

A linha de Estruturação Geral da Tese apresenta *estratégias metodológicas* que podem ser definidas em Planos Temporais estabelecidos da seguinte forma:

- Referências Históricas / Sustentação Teórica com abordagens conceituais da Temática em pauta e comentários da autora.
- Reflexões com análise crítica da autora na busca de analogias e posicionamentos.
- Abordagens com propostas de “*Mudança*” direcionadas para o Processo Laboral relacionadas com as Políticas Nacionais de Saúde/ Programa de Saúde da Mulher.
- Análises Críticas com enfoque da autora para os Horizontes Ergonômicos das possibilidades de *Mudança no Processo de*

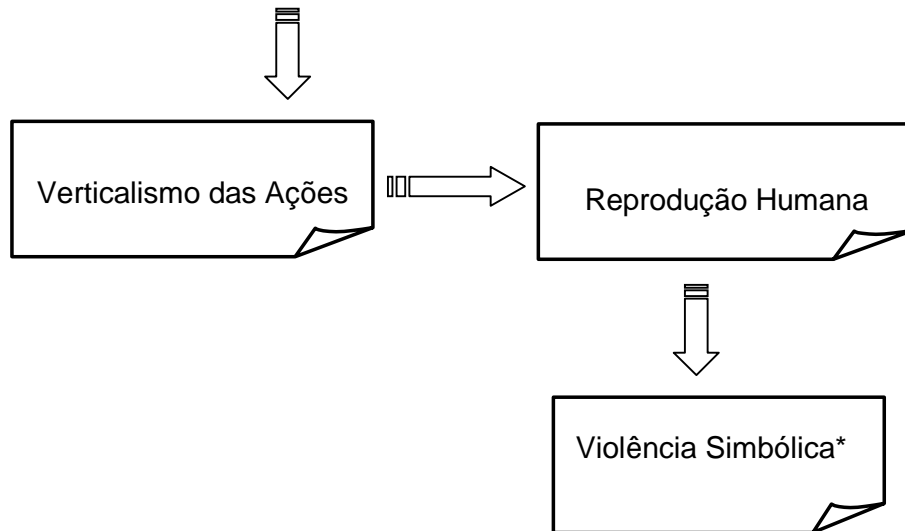
Estruturação do Ensino na Área de Saúde e a relação deste com os vários segmentos de Formação do Ministério da Saúde/Ministério da Educação com estratégias inovadoras no Campo da Gestão e da Atenção Básica.

- Propostas de “Mudança” onde a abordagem relacionada à Formação e Qualificação Profissional da Área de Saúde estabelece uma *lógica distinta em relação à concepção, metodologias, parceiros e o Processo de Transformação*. Este cenário será pautado não somente nas concepções e práticas, mas também no poder de Articulação do Sistema de Saúde em todas as esferas.
- Linha de Estruturação Esquematizada: neste processo a autora compartilha com o leitor o diagrama da tese proposto pela pesquisadora com uma Visão Geral deste trabalho através do enfoque pontual esquematizado, apresentado a seguir:

Proposta:

Caracterizar e **Refletir** sobre a **Produção do Conhecimento** como elemento fundamental do “*Fazer HUMANO*” em particular no Programa de Saúde da Mulher

Políticas de Saúde Pública/Mulher

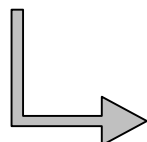


* Violência simbólica: Forma de poder exercida de modo sutil sobre os corpos, diretamente e como por magia, sem qualquer coação física.
Fonte: A autora (2003).

Figura 1: Diagrama sobre a violência simbólica e o estresse em Saúde Pública.

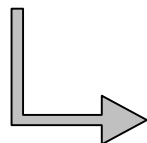
1.4.1 Eixos da Elaboração da Tese

EIXO “A”: Aspectos Filosóficos



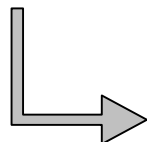
Metas das Políticas de Saúde Pública

EIXO “B”: Aspectos Sociológicos



Universo Feminino

EIXO “C”: Aspectos Psicológicos



Violência Simbólica e Carga Cognitiva

Fonte: A autora (2003).

Figura 2: Diagrama sobre os eixos de elaboração da tese.

❖ **EIXO “A”:** Aspectos Filosóficos

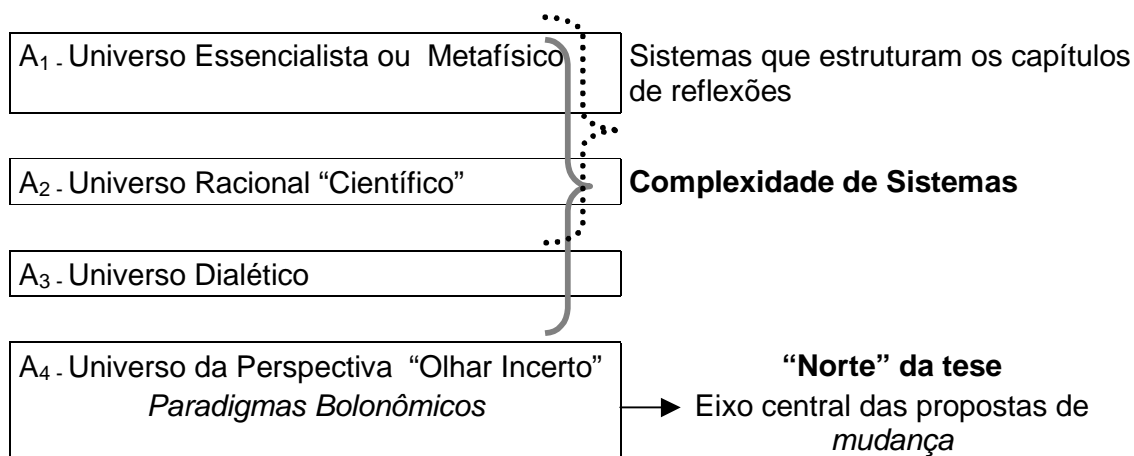
O ESTUDO DO PROCESSO DA REALIDADE é fundamental para que possamos encontrar um “lugar comum” entre os extremos das Metas de Saúde Pública (Teoria) e Realidade Local (Prática).

→ **Políticas de Saúde Pública x Realidade**

→ Ocidente → Há quatro universos que fundamentam a realidade

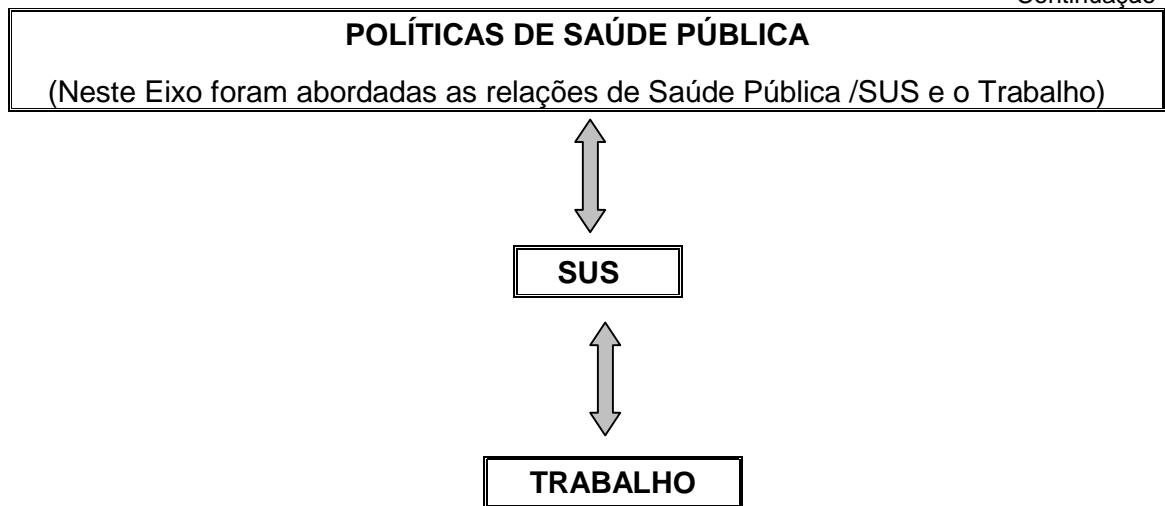
Continua

A₁ – Universo Essencialista ou Metafísico	A₂ – Universos Racional “Científico/Olhar Moderno”
Razão Humana: <i>“Essência das Coisas”</i> Processo: <i>Pura Intuição Intelectual</i> <i>Platão Século VI a.C.</i> Processo: <i>Iluminação Divina</i> <i>Stº Agostinho – 354-430 d.C</i> Processo: <i>Abstração</i> <i>Aristóteles e Stº Tomas de Aquino – 1227-1274 d.C</i>	A razão do sujeito que conhece é o único caminho: Duas Vertentes 2_a Racionalismo Idealista: <i>“Eu penso logo existo”</i> 2_b Universo Dialético: <i>“impressões Sensíveis”</i>
A₃ – Universo Dialético	A₄ – Universo da Perspectiva Incerta
Marx e Engels: Totalidade Movimento Mudança Qualitativa Contradição	Crise dos Modelos de Conhecimento PARADIGMAS ↓ Centrar-se na Totalidade Dar Conta de Complexidade Real: <i>Trabalha “Mudanças”</i>
Situando a Reflexão da Realidade na Pesquisa Filosófica da Tese	



Fonte: A autora (2003).

Figura 3: Diagrama sobre os aspectos filosóficos – primeiro eixo da tese



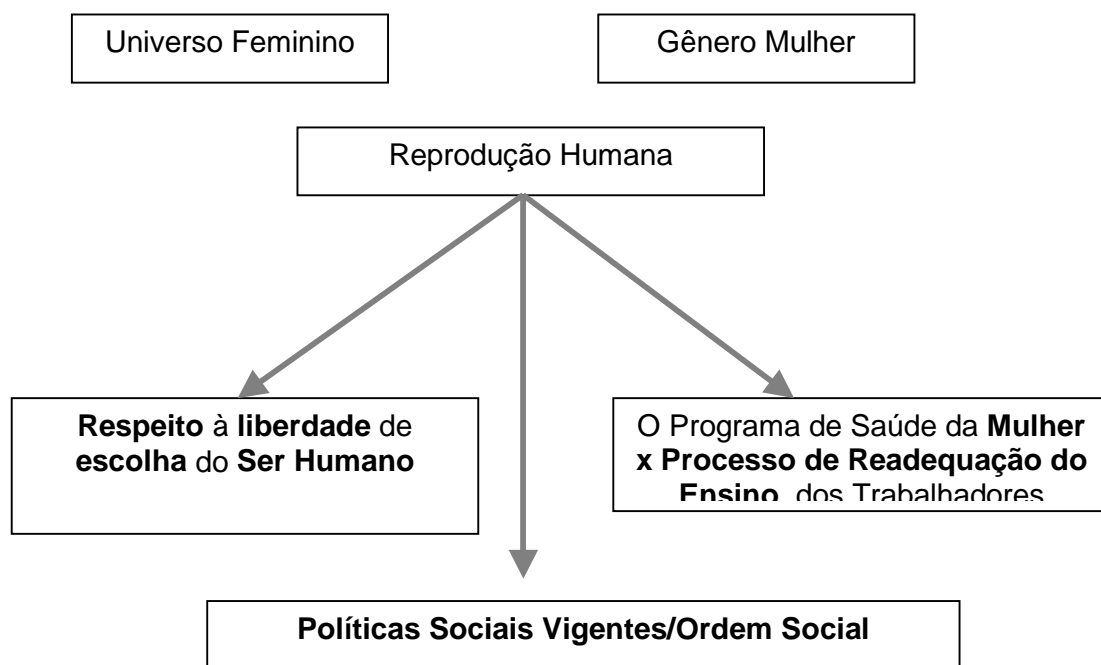
Fonte: A autora (2003).

Figura 3: Diagrama sobre os aspectos filosóficos – primeiro eixo da tese.

Observar o desafio Teórico e Político do Trabalho desenvolvido pela Equipe Saúde Pública.

A Tese tem como propostas abordagens de “*Mudança*” visando a possibilidade de uma representação nova de conceber a realidade na busca de uma sociedade do conhecimento onde a reflexão passa desencadear uma maior apropriação cognitiva nos planos Tecnológicos e Econômicos.

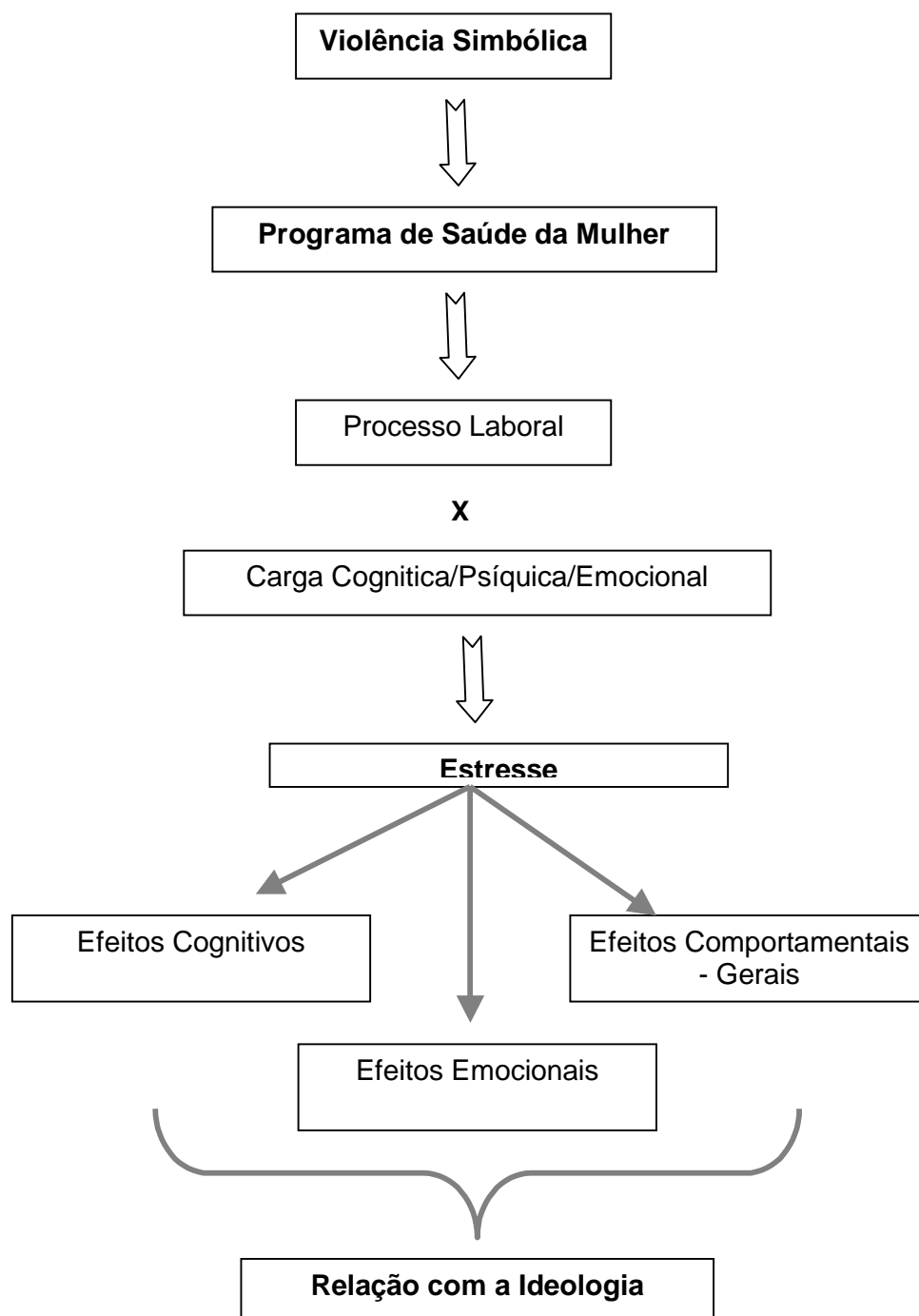
❖ **EIXO “B”: Aspectos Sociológicos**



Fonte: A autora (2003).

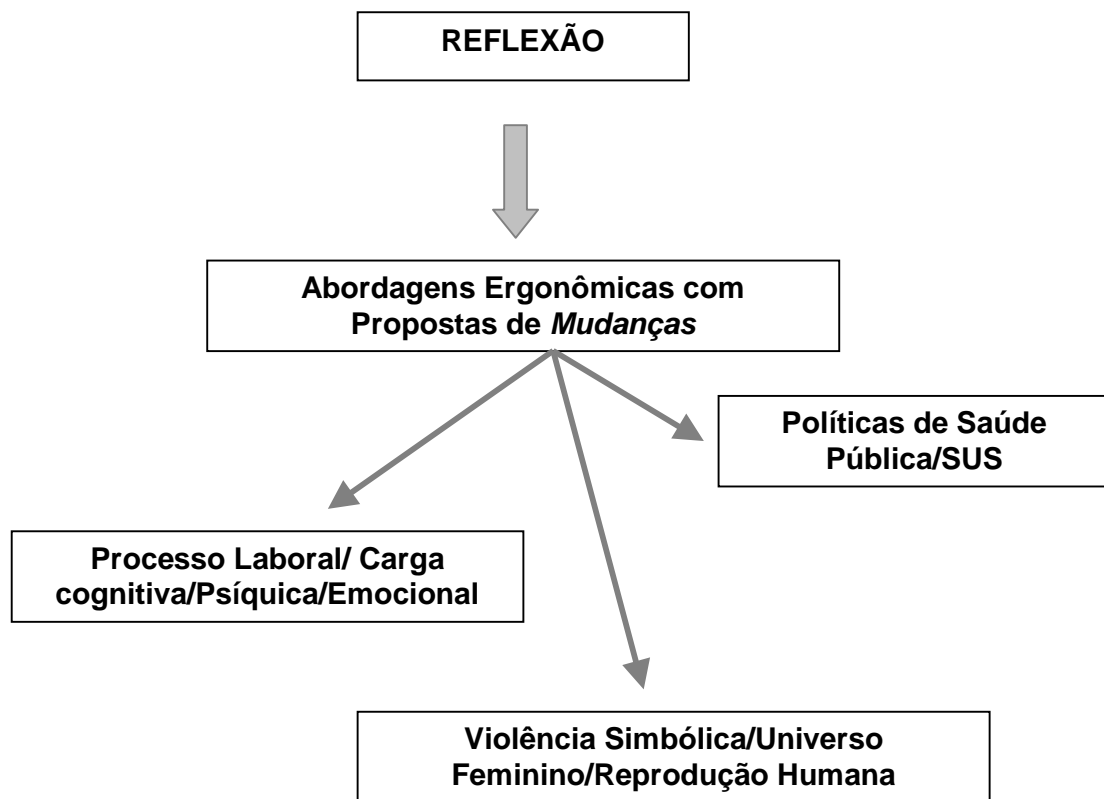
Figura 4: Diagrama sobre os aspectos sociológicos - segundo eixo da tese.

❖ **EIXO “C”: Aspectos Psicológicos**



Fonte: A autora (2003).

Figura 5: Diagrama sobre os aspectos psicológicos - terceiro eixo da tese.



Fonte: A autora (2003).

Figura 6: Diagrama sobre as reflexões e propostas desta tese.

1.5 Estrutura do Estudo

Esta tese apresenta em seus capítulos os seguintes conteúdos:

- 1 Introdução:** apresenta a gênese do tema, justificativa, objetivos e estrutura metodológica do processo de elaboração da tese e estrutura do estudo.
- 2 Revisão de Literatura:** Apresenta a fundamentação teórica sobre Sistema Único de Saúde e Políticas Públicas de Saúde; O referencial

histórico da Saúde Pública; Referencial histórico das Políticas Públicas de Saúde; O cidadão e seus direitos à Saúde; Reflexão sobre o Processo Etiogenia-Patogenia; Ergonomia; Estresse: O Estado de Alerta no Planeta; Psicopatologias e, Controle Social/Planejamento Familiar.

3 Análise e Discussão: A Violência Simbólica e os Indicadores Sociais na estimulação do estresse; Necessidades práticas e interesses estratégicos/igualdade política entre mulheres e homens; Referencial histórico da relação entre Educação e Políticas Econômicas de Saúde/Trabalho; O olhar crítico do trabalho no atendimento de Saúde referente a assistência a mulher – Programa de Saúde da Mulher; Análise contextual das Políticas Nacionais de Educação em Saúde Pública e, considerações sobre o processo cognitivo.

4 Considerações Finais seguido das Referências.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Políticas Públicas de Saúde

2.1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Uma primeira e grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária brasileira foi, em 1988, a definição na Constituição Federal (CF) relativa ao setor saúde. O Art. 196 da CF conceitua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado [...]”. Aqui se define de maneira clara a universalidade da cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS).

Um passo significativo na direção do cumprimento da determinação constitucional de construção do Sistema Único de Saúde foi a publicação do decreto nº 99.060, de 7 de março de 1990, que transferiu o INAMPS do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde. Este fato, portanto, foi anterior à promulgação da Lei 8.080, que só veio a ocorrer em setembro do mesmo ano.

A Lei 8.080 instituiu o Sistema Único de Saúde, com comando único em cada esfera do governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A Lei no seu capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, Art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a “universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência”.

Isto se constituiu numa grande alteração da situação até então vigente. O Brasil passou a contar com um Sistema Público de Saúde *único e universal*. Antes de tudo, é importante destacar que o Sistema Único de Saúde começou a ser implantado por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura

das ações de saúde, até então proporcionada pelo INAMPS apenas para os seus beneficiários.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a garantir assistência integral e completamente gratuita para a totalidade da população, inclusive aos pacientes portadores do HIV, sintomáticos ou não, aos pacientes renais crônicos e aos pacientes com câncer.

A Rede Ambulatorial do SUS é constituída por 56.642 unidades, sendo realizados, em média, 350 milhões de atendimentos ao ano. Esta assistência estende-se da Atenção Básica até os *atendimentos ambulatoriais de grande complexidade*.

São 6.493 hospitais, públicos, filantrópicos e privados, com um total de 487.058 leitos, onde são realizadas em média pouco mais de 1 milhão de internações por mês, perfazendo um total de 12,5 milhões de internações por ano.

2.1.1.1 Institucionalização do SUS

O Sistema Único de Saúde vem passando, desde a sua instituição pela Lei Orgânica da Saúde em 1990, por importantes mudanças, entre as quais pode-se destacar o significativo avanço obtido na sua universalização, principalmente em decorrência de um importante processo de descentralização de responsabilidades, atribuições e recursos da Esfera Federal para Estados e Municípios, em oposição ao modelo anterior do Sistema de Saúde, caracterizado por marcante centralização decisória e financeira no nível federal.

Este processo tem sido orientado pelas Normas Operacionais do SUS, instituídas por meio de portarias ministeriais. Estas Normas definem as competências de cada esfera de governo e as condições necessárias para que estados e municípios possam assumir as novas posições no processo de implantação do SUS.

Embora o instrumental formal seja uma portaria do Ministro de Saúde, o seu conteúdo é definido de forma compartilhada entre o Ministério e os representantes do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). Para tanto foram criadas instâncias de negociação, sendo uma a nível nacional, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), com representação do Ministério da Saúde, do CONASS e do CONASEMS e, em cada estado, uma Comissão Intergestores Bipartite (CIB), com representação da Secretaria Estadual de Saúde e do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde (COSEMS).

Desde o início do processo de implantação do SUS, foram publicadas três Normas Operacionais Básicas (NOB SUS 1991, 1993 e em 1996). No ano 2001 foi publicada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS-SUS), atualmente em vigor. Os fundamentos jurídicos e normativos da descentralização do SUS estão expressos nos seguintes documentos:

- Constituição Federal de 1988
- Lei Orgânica da Saúde nº 08080/90
- Lei nº 8.142/90
- Normas Operacionais Básicas – NOB – publicadas em 1991, 1993 e 1996
- Emenda Constitucional nº 29/2000

- Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS), publicadas em 2001.

Uma das dimensões relevantes deste processo diz respeito à tentativa de definição do papel de cada esfera de governo no SUS, que se dá com intensos debates e conflitos, tendo em vista o caráter ainda recente do processo de democratização no Brasil, a marcante heterogeneidade Política, Econômica e Social no país, as características do federalismo brasileiro e as intensas transformações por que o Estado brasileiro vem passando nas diversas áreas da Política, entre outras questões.

2.1.1.2 Histórico do Ministério da Saúde e Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina

O Ministério da Saúde foi criado em 25 de julho de 1953, pela Lei nº 1920, que desdobrou o então Ministério Da Educação Saúde em dois ministérios: o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e Cultura.

A partir de então, o Ministério da Saúde foi se estruturando com o objetivo de atender às necessidades da Saúde Pública do país.

A estrutura básica atual está contida no Decreto nº 79.056 de 30 de dezembro de 1976, com as alterações introduzidas pelo Decreto nº 81.141, de 30 de dezembro de 1977.

Instituiu-se o Sistema Nacional de Saúde pela Lei nº 6.229 de 17 de julho de 1975, dentro de uma visão globalizante de abordagem da realidade complexa da

saúde/doença, tendo em vista o aumento da cobertura dos Serviços de Saúde: promocionais, preventivos e curativos, visando com isso elevar o nível de saúde das populações, atender necessidades individuais de serviços de saúde e exercer ações sobre o meio ambiente em benefício da saúde.

A implantação do Sistema Nacional de Saúde vem se fazendo de forma gradual por meio de instrumentos que viabilizam sua operacionalização.

O Decreto nº 79.056/76 que dá nova estrutura ao Ministério da Saúde é um documento importante na implantação do Sistema Nacional de Saúde, pois se buscou com a nova estrutura condições de operacionalização de sua competência de acordo com os preceitos da Lei nº 6.229/75.

Constituiu-se então uma Comissão Permanente de Consulta (CPC) com representantes do Ministério da Saúde e da Previdência e Assistência Social para, entre outras competências “acompanhar no âmbito dos dois ministérios, os programas e projetos de implantação do Sistema Nacional de Saúde, a fim de assegurar seu pleno desenvolvimento e corrigir a tempo os desvios verificados”.

Essa comissão tem elaborado estudos e documentos conclusivos sobre Hanseníase, Oncologia, Pneumologia Sanitária, Serviços especializados de Saúde, Organização de Serviços de Saúde e Projetos Especiais. Merecem destaque os estudos elaborados, promovidos e executados pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, da implantação de uma rede básica de serviços de saúde.

Em um seminário sobre investigação em sistemas comparados de Saúde realizado em Asilomar, Califórnia, sob o patrocínio da Associação Sociológica Americana, adotou-se a seguinte definição de serviços de saúde: “um conjunto de

mecanismos em uma sociedade (ou país) que destina funções especiais e recursos para alcançar a meta de proteger e restaurar a saúde da população beneficiária”.

A Secretaria de Estado da Saúde foi instituída através da Lei 658, de 04-7-1942, com a transformação da Secretaria do Interior e Justiça em Secretaria do Interior e Justiça, Educação e Saúde. Por intermédio da Lei 785, de 27-10-1952, foi desmembrada e transformada em Secretaria da Educação, Saúde e Assistência Social. Em 24-1-1956, com a Lei 1428, foi alterada a denominação para Secretaria da Saúde e Assistência Social. Através da Lei 4547, de 31-12-1970, foi criada a Secretaria da Saúde. Em 19-4-1977, foi alterada a denominação para Secretaria da Saúde e Promoção Social, passando em 28-2-1979 novamente a denominar-se Secretaria da Saúde.

A atual estrutura da Secretaria da Saúde foi instituída pela Lei da Reforma Administrativa nº 9831, de 17 de fevereiro de 1995.

À Secretaria de Estado da Saúde compete desenvolver as atividades relacionadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente:

- Saúde Pública e medicina preventiva;
- Atividades médicas, paramédicas e odonto-sanitárias;
- Educação para a saúde;
- Administração hospitalar e ambulatorial;
- Vigilância sanitária e epidemiológica;
- Saneamento básico e atividades do meio ambiente, relacionadas com sua área de atuação;
- Pesquisa, produção e distribuição de medicamentos básicos.

A Secretaria de Estado da Saúde, gestora estadual do Sistema Único de Saúde - SUS, assume um novo papel a partir das responsabilidades e prerrogativas definidas na Norma Operacional Básica (NOB SUS 01/96). Nesta, são identificados os papéis básicos para o gestor estadual, nos quais incluem:

- Exercer a gestão do SUS no âmbito Estadual;
- Promover as condições e incentivar o poder municipal para que assuma a gestão da atenção à saúde de seus municípios;
- Assumir, em caráter transitório, a gestão da atenção à saúde daquelas populações pertencentes a municípios que ainda não tomaram para si esta responsabilidade;
- Promover a harmonização, a integração e a modernização dos sistemas municipais.

O desempenho deste papel e a efetiva execução das funções da Secretaria de Estado da Saúde dependem do pleno funcionamento do Conselho Estadual de Saúde (CES), instância deliberativa das diretrizes políticas e do financiamento do setor, assim como da Comissão Intergestores Bipartite (CIB), órgão de negociação entre gestores. Tais instâncias permitem a negociação e decisões relativas às prioridades componentes do sistema, tanto quanto a ratificação das programações e decisões relativas às prioridades de intervenção.

A Secretaria de Estado da Saúde tem por finalidade manter e viabilizar a prestação de Serviços Médicos, Hospitalares e Assistenciais à Sociedade Catarinense. Tem atuação em todos os municípios de Santa Catarina, estando integrada ao SUS em parceria com a União e os Municípios.

2.1.1.3 Processo Ergonômico da Implantação de Programas

Para uma visualização mais ampla do Processo Ergonômico da Implantação de Programas de Saúde no PAÍS precisamos compreender o “cenário” dos componentes envolvidos e enfoque Legislativo, pré-estabelecidos pelas Políticas de Saúde do SUS – Sistema Único de Saúde/Ministério da Saúde.

A Lei 8080/90 define em seu Capítulo I que os objetivos do SUS são:

- a) **A identificação é divulgação dos fatores condicionantes e determinantes de saúde, dentre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais;**
- b) A formulação de Políticas de Saúde, destinadas a promover, nos campos Econômico e Social, a redução de riscos de doenças e de outros agravos e o estabelecimento de condições que assegurem *acesso universal igualitário* às ações e aos serviços para a sua *promoção, prevenção e recuperação*.
- c) Assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas. Estão ainda previstas como atribuições do SUS;
- d) A execução de *ações de vigilância sanitária, epidemiológica*, de saúde dos trabalhadores de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;
- e) A participação na formulação da política e na execução de ações de *Saneamento Básico*;

- f) A ordenação da formação de recursos humanos na Área da Saúde;
- g) A Vigilância Nutricional e Orientação Alimentar;
- h) Colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;
- i) A formulação da política de medicamentos e equipamentos imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e a participação na sua produção;
- j) O controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a Saúde;
- k) A fiscalização e a inspeção de alimentos, água e bebidas, para consumo humano;
- l) A participação no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;
- m) O incremento em sua área de atuação, desenvolvimento científico e tecnológico;
- n) A formulação e execução de política de sangue e seus derivados.

❖ **Vigilância Sanitária**

A Lei 8080/90 define como *Vigilância Sanitária* um conjunto de AÇÕES capaz de *Eliminar, Diminuir* ou *Prevenir* os riscos à saúde e de *Intervir* nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

❖ Saúde do Trabalhador

Por *Saúde do Trabalhador* entende-se como um conjunto de atividades que se destina, através das ações de Vigilância Epidemiológica e Sanitária, a *Promoção e Proteção* da saúde, visando a *Recuperação e Reabilitação* da Saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos, advindos das condições de trabalho. A legislação referente à Saúde do trabalhar tem base na Portaria do Ministério da Saúde nº 3908/GM de 30/10/98, que institui a Norma Operacional de Saúde do trabalhador (NOST-SUS).

Dentre as atividades referentes à Saúde do Trabalhador, destacamos:

- a) Informações ao trabalhador, à sua respectiva entidade sindical e às empresas, sobre os riscos de acidentes de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações, avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão, respeitando os preceitos da ética profissional;
- b) Participação na normalização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;
- c) Revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas dos processos de trabalho, tendo na sua elaboração, a participação das entidades sindicais;
- d) Garantia ao sindicato dos trabalhadores, de requerer aos órgãos competentes, a interdição de máquinas, de setores de serviços ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde do trabalhador.

2.1.2 Princípios do SUS

As Ações e Serviços Públicos de Saúde e os Serviços Privados contratados ou conveniados, que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), serão desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no artigo 198 da Constituição Federal e artigo 7º da Lei 8.080/90. Estas diretrizes podem ser classificadas em **princípios doutrinários** e **princípios organizativos** que estabelecem parâmetros de conduta e desempenho, contemplando a referência de gestão, a saber:

2.1.2.1 Parâmetros Doutrinários

- a) Universalidade de acesso aos Serviços de Saúde em todos os níveis de assistência, isto é, que todos os cidadãos têm direito a assistência à saúde, independente de vínculo empregatício ou de contribuir ou não para a Previdência Social;
- b) Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo, das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de Complexidade do Sistema, ou seja, o Sistema de Saúde deve proporcionar ao indivíduo e à coletividade, as condições de atendimento, de acordo com as suas necessidades;
- c) Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

- d) Igualdade de Assistência à Saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- e) Direito à informação, para as pessoas assistidas, sobre sua Saúde;
- f) Divulgação de informações quanto ao potencial dos Serviços de Saúde e a sua utilização pelo usuário;

2.1.2.2 Parâmetros Organizativos

- g) Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática dos Programas a serem implantados;
- h) Participação da comunidade;
- i) Descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os Municípios, regionalizado e hierarquizado à rede de serviços;
- j) Integração em nível executivo, das Ações de Saúde, Meio Ambiente e Saneamento Básico;
- k) Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, na prestação dos serviços de Assistência à Saúde à população;
- l) Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- m) Organização dos Serviços Públicos, de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

2.1.3 Gerenciamento

O gerenciamento em seu sentido mais simplificado refere-se à administração de negócios, bens e serviços, da rede local de Saúde.

No SUS, a função de gerenciamento diz respeito à prestação e controle dos Serviços e Ações de Saúde aos seus usuários.

Para que sejam garantidas as gratuidades, a universalidade, a eficácia e a eficiência dos serviços de saúde, o gerenciamento do SUS deverá ser:

- **Participativo** – permitir o *Controle* e a *Intervenção* de todos os *Cidadãos* da sociedade civil organizada, sobre a forma como estão sendo prestados os serviços de saúde à comunidade em geral;
- **Democrático** – atender em primeira e última instância, aos *Interesses dos Usuários*, quanto às suas reais necessidades de Serviços de Saúde;
- **Descentralizado** – oferecer condições materiais, físicas, financeiras, de recursos humanos e políticas, de modo a permitir a administração e o controle em cada esfera do governo (Municípios, Estados, União), de forma *Autônoma* e com *Poder* de decidir-se.

Além da necessária obediência aos princípios acima, é fundamental que os servidores na prestação dos Serviços da Saúde, qualquer que seja a função que exerçam, o façam com compromisso, ética e competência, a fim de garantir o máximo de qualidade a estes serviços, respeitados os direitos do cidadão.

2.1.4 Princípios de Organização do SUS (Diretrizes)

❖ Regionalização e Hierarquização

Os Serviços de Saúde estão classificados em níveis de complexidade crescente. Temos serviços que para sua execução, exigem toda uma estrutura e condições especiais, enquanto que outros não requerem.

A organização de **rede de saúde** de forma **regionalizada e hierarquizada** favorecerá um conhecimento mais amplo dos problemas de Saúde de cada localidade e, conseqüentemente, melhor programação das Ações de Vigilância Epidemiológica, Sanitária, Controle de Vetores, Educação em Saúde, além de Ações de Atenção Ambulatorial e Hospitalar em todos os níveis de complexidade.

❖ Resolutividade

É a garantia de solução dos problemas tanto do indivíduo, quanto da coletividade, que buscam o serviço necessário. A Rede de Serviços de Saúde por sua vez, deve estar capacitada para atender e resolver os problemas até o nível de sua competência.

❖ Descentralização

Entendida como uma redistribuição das responsabilidades nos três níveis de governo, implica em que quanto mais perto do problema, mais chance de acerto na decisão tomada. Assim, o que é de abrangência de um Município, deve ser de responsabilidade do Governo Municipal; na abrangência do Estado, a responsabilidade recai sobre o Governo Estadual e o de Nacional será de responsabilidade Federal.

❖ Participação dos Cidadãos

Garantida pela Constituição Federal, e regulada pela Lei 8.142/90, significa que a população participará do processo de formulação das Políticas de Saúde e do controle da sua execução, nos níveis municipal, estadual e federal, através dos Conselhos e Conferências de Saúde.

❖ Complementaridade do Setor Privado

O Sistema Único de Saúde pode recorrer aos serviços da iniciativa privada, desde que comprovada a insuficiência de sua rede, na cobertura assistencial à população de uma determinada área. Os artigos 25 e 26 da Lei 8.080/90 estabelecem as condições em que se dará a contratação destes serviços.

A *Gestão* e a *Direção* do SUS é única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição federal e exercida em cada esfera de governo, tendo como referência no âmbito municipal o Secretário Municipal de Saúde.

2.1.5 Os Gestores do SUS

Nos Municípios, os gestores são as Secretarias Municipais de Saúde ou equivalentes. Nos Estados, são as Secretarias Estaduais de Saúde e no nível Federal, o Ministério da Saúde.

Alertamos que os Conselhos de Saúde fazem parte da estrutura das Secretarias Municipais de Saúde.

2.1.5.1 Funções no âmbito dos Municípios que se enquadram como Gestores do SUS

- Secretário Municipal de Saúde
- Diretores da Secretaria Municipal de Saúde;
- Gerentes de Unidades Básicas de Saúde;
- Chefias de Postos de Saúde.

A relação acima pressupõe a hierarquia de autoridade decisória.

2.1.6 Papel do SUS

Na esfera Municipal, cabe aos gestores: planejar, executar e avaliar as Ações de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. Estando mais próximo da população, ninguém mais competente do que os gestores municipais para programar as Ações de Saúde compatíveis com as questões de saúde na sua área de abrangência.

No nível *Estadual*, a secretaria de Saúde é a responsável pelas Ações de Saúde do seu Estado, assim como pelo planejamento e controle do SUS na esfera de sua responsabilidade.

Na esfera *Federal*, cabe ao Ministério da Saúde normatizar o conjunto de ações de promoção, proteção e recuperação da Saúde, identificando riscos e necessidade nas diferentes regiões para a melhoria da qualidade de vida da população, contribuindo assim para seu desenvolvimento.

Não é Gestor do SUS no âmbito do Município:

- Direção de Hospitais;
- Consórcios Intermunicipais;
- Clínicas e Instituições de Serviços da Rede Pública e Privada.

Estes se enquadram como prestadores de serviços ao SUS, e como tais, devem ser “controlados” pelo Gestor local.

❖ **À direção *Estatual* do Sistema Único de Saúde, compete:**

- Promover a descentralização dos Serviços e das Ações de Saúde para os Municípios;
- Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do Sistema Único de Saúde;
- Prestar apoio técnico e financeiro aos Municípios e executar supletivamente Ações e Serviços de Saúde;
- Identificar estabelecimentos hospitalares de referência e gerir Sistemas Públicos de alta complexidade, de referência Estadual e Regional;
- Coordenar a Rede Estadual de laboratórios de Saúde Pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa;
- Acompanhar, avaliar e divulgar os indicadores de morbidade e mortalidade no âmbito da unidade federada.

❖ **À direção *Federal* do Sistema Único de Saúde compete:**

- Formular, avaliar e apoiar Políticas de Alimentação;
- Participar na formulação e na implantação das Políticas de controle das agressões ao meio ambiente; de Saneamento Básico e relativo às condições e ao ambiente de trabalho;

- Definir e coordenar os Sistemas: de redes integradas de assistência de alta complexidade, de redes de laboratórios de Saúde Pública, de Vigilância Sanitária;
- Participar da definição de normas e mecanismos de controle, órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes que tenham repercussão na saúde humana;
- Participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a Política de Saúde do Trabalhador;
- Estabelecer normas e executar a Vigilância Sanitária nos portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;
- Estabelecer critérios, parâmetros e métodos para controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso urbano;
- Interagir com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de Recursos Humanos na Área de Saúde;
- Formular, avaliar, elaborar normas e participar da execução da Política Nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;
- Identificar os Serviços Estaduais e Municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à Saúde;
- Elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Serviço Privado de Assistência à Saúde;

- Normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, componentes e derivados;
- Estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o território nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

❖ As Atribuições comuns à União, Estados, Distrito Federal e Municípios, são:

- Definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das Ações e Serviços de Saúde;
- Administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados em cada ano, à Saúde;
- Acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de Saúde da população e das condições ambientais;
- Organização e coordenação do Sistema de Informação de Saúde;
- Elaboração de normas para regular as atividades de Serviços Privados de Saúde, tendo em vista a sua relevância pública;
- Realização de operações externas de natureza financeira, de interesse da Saúde, autorizado pelo Senado Federal;
- Elaboração de normas técnicas e científicas de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde;
- Apoio na articulação com os órgãos de fiscalização do Exercício Profissional e outras entidades representativas da Sociedade Civil, para

definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, Ações e Serviços de Saúde;

- Promoção da articulação da Política e dos Planos de Saúde;
- Realização de pesquisas e estudos na Área da Saúde.

2.1.7 Formas de Gestão Preconizadas Pela NOB 01/96

2.1.7.1 Municípios

A partir da Norma Operacional Básica NOB/96 os Municípios podem habilitar-se em duas condições: Gestão Plena de Atenção Básica ou Gestão Plena do Sistema Municipal, de acordo com a capacidade dos municípios de assumirem e cumprirem responsabilidades perante a sua população, perante o Estado e o Ministério da Saúde.

a) Gestão Plena de Atenção Básica

É o tipo de gestão na qual o município recebe de forma regular e automática, os recursos financeiros para prestar serviços básicos de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Cirurgia Geral; serviços de Vigilância Sanitária e ações de Epidemiologia e controle de doenças. O Município gerencia todas as Unidades Básicas de Saúde em seu território e recebe recursos financeiros por habitante/ano.

❖ **Ações e Serviços que devem ser disponibilizados**

- Imunização;
- Curativos;
- Nebulização;
- Teste do pezinho;
- Terapia de reidratação oral;
- Procedimentos cirúrgicos básicos;
- Consulta em clínica médica geral;
- Consulta em ginecologia/obstetrícia;
- Acompanhamento de gestação – pré-natal;
- Acompanhamento de crianças;
- Acompanhamento de hipertensos;
- Acompanhamento de diabéticos;
- Acompanhamento de hanseníase;
- Acompanhamento de tuberculose;
- Atenção psicossocial;
- Auto socorro de urgência (corpo de bombeiros);
- Atendimento domiciliar;
- Atendimento odontológico básico;
- Grupos educativos.

❖ Programas Básicos

- Programa agente comunitário de saúde;
- Programa de saúde da família;
- Programa de saúde da mulher
- Sistema de vigilância e nutricional (SISVAN)
- Programa de vigilância epidemiológica;
- Programa de vigilância sanitária básica (meio ambiente e alimentos);
- Programa saúde do trabalhador
- Assistência farmacêutica básica.

b) Gestão Plena do Sistema Municipal

É o tipo de gestão na qual o município recebe de forma automática, os recursos financeiros para prestar ações e serviços de Assistência Ambulatorial e Hospitalar. Envolve o planejamento, controle e avaliação, com gerenciamento de todas as Unidades Ambulatoriais Básicas especializadas e hospitalares, públicas ou privadas, vinculadas ao SUS em seu território.

Os Municípios que não aderirem ao processo de habilitação descrito acima permanecerão na condição de prestador de serviços do SUS (recebem só o que produzem), cabendo ao Estado a gestão do SUS naquele Município, enquanto for mantida a situação de *Não Habilitado*.

Responsabilidade e Prerrogativas – A Secretaria Municipal de Saúde assume a completa responsabilidade sobre a gestão da prestação de serviços:

Planejamento, Cadastramento, Contratação, Controle e Pagamento de prestadores ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados; assume o gerenciamento de toda a Rede Pública existente no município, exceto as Unidades Hospitalares de referências sob Gestão Estadual; assume a execução e controle das Ações Básicas de Saúde, Nutrição e Educação, de Vigilância Epidemiológica, de Vigilância Sanitária e de Saúde do Trabalhador e no seu território conforme definido na comissão Bipartite; recebe mensalmente o total de recursos financiados para custeio correspondentes ao teto ambulatorial e hospitalar estabelecido.

❖ **Responsabilidades**

- a) Elaboração de toda a Programação Municipal, contendo, inclusive a referência ambulatorial especializada e hospitalar, com incorporação negociada à Programação Estadual;
- b) Gerência de unidades próprias, ambulatoriais e hospitalares, inclusive as de referência;
- c) Gerência de unidades ambulatoriais e hospitalares do estado e da União, salvo se a CIB ou a CIT definir outra divisão de responsabilidades;
- d) Reorganização das Unidades sob Gestão Pública (Estatais, conveniadas e contratadas), introduzida à prática do Cadastramento Nacional dos usuários do SUS, com vistas à vinculação da clientela e sistematização da oferta dos serviços;

- e) Garantia da prestação de serviços em seu território, inclusive os serviços da referência aos não-residentes, no caso de referência interna ou externa ao Município, dos demais serviços prestados aos seus munícipes, conforme a PPI, mediado pela relação gestor-gestor com a Secretaria Estadual de Saúdes (SES) e às demais Secretarias Municipais de Saúde (SMS);
- f) Normalização e operação de centrais de controle de procedimentos ambulatoriais e hospitalares relativos à assistência aos seus munícipes e à referência intermunicipal;
- g) Contratação, controle, auditoria e pagamento aos prestadores de serviços ambulatoriais e hospitalares.
- h) Administração da oferta de procedimentos ambulatoriais de Alto Custo e procedimentos hospitalares de Alta Complexidade conforme a PPI e segundo normas Federais e Estaduais;
- i) Operação do SIH e do SAI/SUS, conforme normas do MS, e alimentação, junto as SES, dos bancos de dados de interesse nacional;
- j) Manutenção do cadastro atualizado de unidades assistenciais sob sua gestão, segundo normas do MS;
- k) Avaliação permanente do impacto das ações do Sistema sobre as condições de Saúde dos seus munícipes e sobre o meio ambiente;
- l) Execução das Ações Básicas, de Média e Alta complexidade em Vigilância Sanitária, bem como, opcionalmente.
- m) Execução de Ações de Epidemiologia, de controle de doenças e de ocorrências mórbidas, decorrentes de causas externas, como acidentes, violências e outras.

2.1.7.2 Estados

É o tipo de gestão na qual o Estado recebe de forma regular e automática, recursos financeiros como MAC (Média e Alta Complexidade) e PAB (Piso de Atenção Básica), de Municípios não habilitados pela NOB 01/96. O ingresso nesta modalidade requer 60% de seus municípios habilitados, ou 40%, desde que somem 60% da população estadual.

a) Gestão Plena do Sistema Estadual

É o tipo de gestão no qual o Estado recebe de forma regular e automática, os recursos financeiros para gerenciamento do Sistema de Saúde no âmbito Estadual, cooperando com recursos técnicos e financeiros, junto aos Municípios. O ingresso nesta modalidade de gestão requer 80% dos Municípios Habilitados, ou 50%, desde que somem 80% da população Estadual.

Santa Catarina habilitou-se como Gestor Pleno em 01/01/2000, através da Portaria GM/MS 1360 de 09/12/99.

b) Órgãos Colegiados De Gestão

▪ De deliberação

Os Conselhos de Saúde são uma forma de participação social:

- Na elaboração das diretrizes gerais da Política de Saúde;
- Na formulação das estratégias de implementação desta Política;
- No controle sobre a utilização de recursos;
- No controle sobre a execução;
- Na mobilização da população.

▪ De negociação e pactuação

Comissões intergestores Tripartite (Municípios, Estado e União) e comissões Intergestores Bipartite (Municípios e Estado).

Têm o objetivo de assegurar a gestão compartilhada entre os governos Municipais, Estaduais e Federais, para:

- Evitar a duplicidade ou a omissão na execução de ações;
- Criar um espaço onde gestores do sistema Único de Saúde possam permanentemente negociar, decidir e firmar pactos.

As Comissões Intergestores Bipartite (Municípios e Estado) e Tripartite (Municípios, Estado e União), são espaços permanentes de negociação e pactuação entre os Gestores do SUS.

2.1.8 Financiamento do SUS

O Sistema Único de Saúde é financiado com recursos das três esferas de Governo.

É atribuição constitucional do Poder Público Municipal, Estadual e Federal destinar uma parcela de seu orçamento para Ações e Serviços de Saúde. É composto pelo orçamento da Seguridade Social e orçamento fiscal da União, Estados e Municípios.

A Seguridade Social compreende um conjunto integrado a assegurar os Direitos relativos à Saúde, Previdência Social. É financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos dos orçamentos da União, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios e das seguintes contribuições sociais:

- a) Dos empregadores, incidente sobre a folha de salários e faturamento e o lucro;
- b) Dos trabalhadores;
- c) Sobre a receita de recursos de prognósticos (loterias oficiais).

Os recursos para Saúde, repassados pelo Tesouro Nacional e Seguridade Social, geridos pelo Ministério da Saúde, são divididos em duas partes: uma é retida para o custeio e investimentos das Ações Federais; a outra é repassada às Secretarias de Saúde Estaduais e Municipais, de acordo com critérios previamente definidos em função da população, necessidades de Saúde e Rede Assistencial. A transferência destes recursos poderá ser feita:

a) Mediante convênios

- Para construção e reforma de Unidade de Saúde;
- Para compra de equipamentos;
- Para controle de endemias (dengue, cólera, etc.):

b) Pagamento direto aos prestadores

Valor pago aos hospitais, ambulatórios, clínicas e profissionais, pelos serviços ao SUS, tendo como limite o Teto Financeiro pactuado com o Setor Municipal.

c) Transferência Fundo a Fundo

Recursos do Teto Financeiro do Município/Estado, transferidos pelo Fundo Nacional de Saúde, direto para o Fundo Municipal/Estadual. Este tipo de transferência dispensa o Convênio.

Estes recursos são somados aos alocados pelos próprios governos para a Área de Saúde, sendo geridos através dos Fundos de Saúde. A Gestão dos Recursos de Saúde por fundo especial possibilita:

- Identificar as fontes de receita, seus valores e data de ingresso;
- As despesas realizadas;
- Os rendimentos das aplicações financeiras;

- Controle Social;
- Autonomia na Aplicação dos Recursos;
- Garantia de aplicação exclusivamente na Saúde.

2.1.8.1 Financiamento e a Constituição Federal

No mês de setembro de 2000, foi aprovada pelo Congresso Nacional a Emenda Constitucional nº 29 que vincula, no caso de Estados e Municípios, recursos advindos de receitas de impostos para a manutenção e desenvolvimento das Ações e Serviços de Saúde de maneira semelhante ao que já acontece com a Educação. Os valores destes recursos são percentualmente de 12% das receitas de impostos no caso dos Estados e Distrito Federal e de 15% no caso dos Municípios, sendo que aqueles que estejam aplicando um percentual inferior ao estipulado, terão até o exercício financeiro de 2004 para atingi-lo.

A Constituição Federal foi alterada em seus artigos, 34, 35, 156, 160, 167 e 198 passando a União, os Estados e Municípios a terem em seus orçamentos, percentuais vinculados à Saúde.

De acordo com estas modificações, as aplicações na diferentes esferas de governos deverão ser:

❖ **União**

- No ano 2000 a aplicação terá que ser igual ao orçamento de 1999 acrescidos de 5%.

- De 2001 a 2004 a aplicação será igual à do ano anterior acrescida da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

❖ **Estados e Distrito Federal**

- Até 2004 deverá ser atingido o patamar mínimo de 12% da arrecadação líquida dos impostos.
- O alcance dos 12% será atingido de forma gradativa, com aumentos anuais de $\frac{1}{5}$ do valor da diferença entre a aplicação atual e os 12%.
- A partir de 2000 não pode ser aplicado menos de 7%.

❖ **Municípios**

- Até 2004 deverá ser atingido o patamar mínimo de 15% da arrecadação líquida de impostos.
- Tal como o Estado, o alcance dos 15% será atingido de forma gradativa, com aumentos anuais de $\frac{1}{5}$ do valor da diferença entre a aplicação atual e os 15%.
- A partir de 2000 não pode ser aplicado menos de 7%.

Para subsidiar o acompanhamento desta emenda, pretende-se utilizar o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS).

Este Sistema tem por objetivo o desenvolvimento, implantação e manutenção, em bases consistentes, de um banco de dados com informações sobre receitas totais e despesas da Área da Saúde, sob responsabilidade do Poder Público, nas esferas de Governo (Municipal, Estadual e Federal). Deverá computar, portanto, a totalidade dos gastos com ações e Serviços de Saúde de acesso universal e não somente aquelas despesas executadas pelas Secretarias ou Departamentos de Saúde.

2.1.8.2 Gestão financeira

A parcela de recursos que o Ministério da Saúde destina para os Municípios pode ser gerida:

- Pelos Municípios habilitados na gestão Plena de Atenção Básica - a parte destinada à Atenção Básica, chamada de Piso de Atenção Básica (PAB);
- Pelos Municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Municipal – a totalidade dos recursos de custeio para Atenção Básica (PAB) e produção de serviços (MAC);
- Pelos Estados provisoriamente, quando o Município não é Habilitado. Quando o Município está Habilitado na Gestão Plena de Atenção Básica, o Estado gerencia apenas parte destinada ao pagamento dos Serviços Ambulatoriais de Média e Alta Complexidade e das Informações Hospitalares (MAC).

A legislação estabelece que todo o Município é responsável pela execução dos Serviços Básicos de Saúde. A partir da habilitação na condição de gestor pleno, o Município passa a receber, automática e orçamentariamente, recursos *per capita* para prestar tais serviços, através do Piso de Atenção Básica (PAB).

O Planejamento e a Gestão Financeira, nestes casos, deve ser realizado através de uma pactuação entre os Gestores Municipais e, quando necessário, também com o Gestor Estadual, para que o cidadão não fique sem atendimento por não existir o serviço em seu Município de origem. Esta articulação é denominada Programa Pactuado Integrado (PPI), um importante instrumento de planejamento no processo de pactuação intergestores.

A Programação Pactuada e Integrada (PPI) é uma programação feita por acordo entre os gestores dos três níveis de governo com o objetivo de otimizar os serviços e resultados e de racionalizar a utilização dos recursos, evitando a duplicação de gastos, porque o planejamento é feito em conjunto e com a intermediação dos Governos Estaduais. Quando um Município faz um pacto na PPI e passa a atender, em uma ou mais cidade, seu teto financeiro e o da outra cidade são alterados, porque os acordos definem que um Município ou Estado que forneça um serviço a outro, recebe o pagamento pelo serviço prestado.

❖ Teto Financeiro

A parcela de custeio da esfera para Assistência Ambulatorial e Hospitalar configura um teto financeiro global para cada Estado e Municípios. O teto financeiro do Estado contém os tetos dos Municípios (em qualquer gestão). É composto por:

❖ **PAB – Piso de Atenção Básica**

É o montante de recursos financeiros destinados ao custeio de procedimentos e Ações de Assistência Básica de responsabilidade tipicamente Municipal. A grande vantagem do PAB é dissociar a produção do recurso, ou seja, o Município recebe o recurso independente do quantitativo da produção. As informações são mais confiáveis e torna possível resolver os verdadeiros problemas.

❖ **MAC - Média e Alta Complexidade Ambulatorial**

É um montante de recursos que corresponde aos procedimentos de Médias e Altas Complexidade Ambulatorial, apurados através do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIS/SUS), tais como: exames laboratoriais, raios-X, medicamentos e insumos excepcionais, órteses e próteses ambulatoriais, ultra-som, terapia renal substitutiva, oncologia e tratamento fora do domicílio do Estado. O valor do teto financeiro para a MAC é pactuado e definido de acordo com critérios pré-estabelecidos na comissão Intergestores Bipartite (CIB).

❖ **AIH – Autorização de Internação Hospitalar**

Consiste no pagamento dos valores apurados por intermédio do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), englobando o conjunto de procedimentos realizados em regime de internação, com base na Autorização de

Internação Hospitalar (AIH), documento este de autorização e faturamento dos serviços. É quantificada de acordo com o número de habilitantes no município.

❖ Transferência dos Recursos do Ministério da Saúde ao Fundo Municipal de Saúde

Condição de Gestão Nome da Conta Tipo de Recurso:

Gestão Plena de Atenção Básica FMS/Município/PAB PAB

Gestão Plena Sistema Municipal FMS/Município/PAB PAB

$FMSMAC = (MAC + AIH)$ $MAC = (MAC + AIH)$

Os recursos do PAB, Variável e Fixo são creditados em uma mesma conta e deverão estar identificados nos orçamentos municipais como receita de transferências intergovernamentais.

Os recursos do MAC e AIH, destinados aos Municípios em Gestão Plena de Atenção Básica, são transferidos diretamente às Unidades Prestadoras de Serviços, conforme programação definida na Comissão Intergestores Bipartite ou diretamente ao fundo Municipal de Saúde, quando o serviço oferecido é de Rede própria.

❖ **Aplicação dos Recursos**

O Plano Municipal de Saúde é o instrumento que disciplinará a destinação dos recursos, por ser o documento que explicita as intenções do gestor no período de governo específico e aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde.

Os recursos transferidos da União para o Estado, Municípios e Distrito Federal, como também os provenientes de faturamento de serviços produzidos pelas Unidades Assistenciais Públicas, deverão ser identificados nos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde como receita operacional, proveniente da esfera Federal, e, utilizados na execução de Ações de Saúde previsto nos respectivos Planos de Saúde.

Os recursos do Sistema Único de Saúde devem ser utilizados na execução de ações e Serviços de Saúde previstos nos respectivos Planos de Saúde.

❖ **Aplicação dos Recursos do PAB**

Os recursos do PAB destinam-se exclusivamente à execução de ações e serviços de Atenção Básica à Saúde, definidos no Manual para Organização da Atenção Básica.

Os recursos do PAB poderão ser utilizados para cobertura de quaisquer categorias de despesas constantes no Plano Municipal de Saúde e da Programação Anual, aprovadas na Lei Orçamentária do Município ou em créditos adicionais específicos, observada a legislação pertinente.

Os recursos do PAB poderão ser utilizados em todas as despesas de custeio e capital relacionadas entre as responsabilidades definidas para a gestão da Atenção Básica e coerentes com as diretrizes do Plano Municipal de Saúde, sendo vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações nele não previstas.

❖ **Despesas Proibidas**

- Pagamento de servidores inativos;
- Pagamento de gratificação de função de cargos comissionados, exceto aqueles diretamente ligados às Unidades de Atenção Básica;
- Pagamento de assessoria/consultoria prestada por servidor público, quando pertencente ao quadro permanente do Município;
- Transferência de recursos na forma de contribuições, auxílios ou subvenções a instituições privadas, inclusive as filantrópicas;
- Aquisição e reforma de imóveis não destinados à prestação direta de Serviços de Saúde à população;
- Aquisição de equipamentos e materiais permanentes, incluindo veículo de qualquer natureza, não destinada à realização de Ações de Atenção Básica;
- Pagamento de Ações de Saúde de Média e Alta Complexidade e de Assistência Hospitalar;
- Ações de Saneamento Básico.

Os recursos do PAB não poderão ser utilizados como fonte substitutiva dos recursos próprios, atualmente aplicados em Saúde pelo Município. Os recursos do PAB não devem substituir as fontes de recursos próprios do Orçamento do Município.

Para o pagamento das despesas, deve ser elaborado um Plano de Aplicação, que será submetido à apreciação do Conselho de Saúde.

❖ **Aplicação dos Recursos da MAC**

Os recursos da FAE poderão ser utilizados para pagamento de Assistência Ambulatorial de Média e de Alta Complexidade, exceto daquela incluída no Piso de Atenção Básica (PAB).

O valor da FAE de cada Município em Santa Catarina foi definido com base em uma série histórica de produção de Serviços Ambulatoriais.

O repasse destes recursos, não exime os Gestores Municipais e Estadual da responsabilidade na contrapartida do custeio dos Serviços Especializados.

❖ **Da Contrapartida de Recursos Estadual e Municipais**

A Lei 8.142/90 estabelece que os gestores do SUS deverão designar recursos para a Saúde como forma de contrapartida. Esta deverá ser depositada no Fundo de Saúde, a fim de que o Balanço Anual do Fundo possa refletir e identificar toda a aplicação em Saúde, da respectiva esfera de governo.

2.1.9 Serviços Privados e Relação com o SUS

Segundo a Constituição Federal, no seu art. 199, a Assistência à Saúde é livre para a iniciativa privada. Esta poderá participar de forma *Complementar* ao SUS, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio. As entidades filantrópicas e sem fins lucrativos têm preferência quando houver necessidade de se efetuar contratos ou convênios.

Complementar significa dizer que somente será contratado o serviço privado, *quando a rede pública de saúde não dispuser de capacidade suficiente* para atender à demanda de uma determinada área. Os serviços contratados submeter-se-ão às normas técnicas e administrativas e aos princípios e diretrizes do SUS, mantido o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

A Lei 8.080/90 define que os Serviços Privados de Assistência à Saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado (clínicas, e hospitais particulares) na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde.

Apesar dos serviços privados serem de propriedade particular, as Ações e Serviços de Saúde são de relevância Pública, portanto serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelos órgãos de direção do SUS quanto às condições para o seu funcionamento. Isto significa que *as ações e os serviços privados serão fiscalizados pelo sistema único de saúde*, e ainda no mesmo sentido, *no Sistema Único de Saúde é proibido aos Proprietários, Administradores e Dirigentes de Entidades ou Serviços Privados Exercerem Cargos de Chefia ou Função de Confiança*.

2.1.10 Plano Municipal de Saúde

É a *Previsão das Ações e Serviços de Saúde*, baseada nos problemas de saúde dos indivíduos e da comunidade, tendo em vista a apresentação de propostas a fim de resolvê-los, segundo o nível de competência em cada esfera de governo (Municipal, Estadual e Federal).

Logo, o planejamento deverá partir de um *Conhecimento da Situação e Análise da População*, nos seguintes aspectos: perfil Epidemiológico da população – Fatores Geográficos, Demográficos, Políticos, Econômicos, Sociais, Culturais e Institucionais, que influem na saúde dos indivíduos e da comunidade.

Planejar é pensar as ações e serviços com vista a solucionar os problemas e necessidades de cada realidade e de cada população, abrangendo tanto ações de Promoção e Proteção (Educação em Saúde, Saneamento Básico, Meio Ambiente etc.), quanto às de Recuperação (Tratamento e Reabilitação nos diferentes Níveis de Atenção).

❖ Planejamento e Responsabilidades

A Saúde é um bem coletivo, logo a sociedade como um todo deve envolver-se no planejamento:

- a) *Técnicos* das instituições, com a responsabilidade política-administrativa de resolver os problemas;
- b) *Usuários* organizados em suas entidades representativas.

Os primeiros, porque têm o domínio das técnicas, métodos e conteúdos necessários ao Plano. Os segundos, porque sofrem os problemas de saúde.

A participação dos usuários deve ser de forma bastante ampliada.

Apesar deste segmento estar representado no conselho de Saúde, é fundamental que antes da elaboração do Plano, haja uma *discussão sobre que tipo de saúde precisamos e queremos*, em todas as bases orgânica e representativa da sociedade, resultando em propostas para serem encaminhadas ao Conselho de Saúde em cada esfera de governo. Deste modo, podemos obter planos mais eficazes e coerentes com as necessidades da população.

❖ **Elaboração do Plano Municipal de Saúde**

Para a elaboração do Plano, o conselho estabelecerá as diretrizes a serem observadas, considerando *Características Epidemiológicas* e a *Organização dos SERVIÇOS em sua Área* de abrangência.

O Ministério da Saúde por sua vez sugere alguns passos para a elaboração dos planos:

1º passo: Análise da realidade, levantamento dos problemas de Saúde e suas causas, dos recursos disponíveis (financeiros, materiais e humanos) e identificação das responsabilidades;

2º passo: Discussão e explicação dos problemas de Saúde, suas causas, conseqüências e pontos críticos;

3º passo: Definição dos objetivos e metas a serem atingidos (resultados esperados);

4º passo: Identificação das atividades a serem executadas e a superação dos entraves para enfrentar cada problema;

5º passo: definição dos recursos necessários e das fontes de financiamento;

6º passo: Estabelecimento do cronograma de execução de atividades;

7º passo: Estabelecimento e implantação do sistema de acompanhamento, avaliação e controle do plano (sistema de monitoração).

2.1.11 Sistema de Referência e Contra-Referência

É a organização da Rede de Saúde segundo os diferentes níveis de complexidade de serviços e de acordo com as realidades local e regional. Seu objetivo é facilitar o atendimento das necessidades do indivíduo e do coletivo.

Se um Município ou um Serviço de Saúde não apresentar soluções para um determinado problema de saúde, individual ou coletivo, deverá remeter a uma outra unidade de prestação de serviços (referenciada), com capacidade de resolução do problema apresentado e o retorno à Unidade de Origem (Contra-Referência).

Para que isto ocorra é preciso, além de outras coisas, referenciar previamente a Rede de Serviços de Saúde.

Somente nos casos em que ficar comprovada a insuficiência da Unidade, do Distrito ou do Município na resolutividade do problema, é que devem ocorrer os

encaminhamentos. Os pacientes referenciados não podem voltar à Unidade de Origem sem o devido atendimento.

A Implantação deste Sistema remete para outra Necessidade Básica que é a de aparelhar, dotar de estrutura humana e material, Hospitais Regionais, Unidades Mistas, Centros e Postos de Saúde, que possam prestar o atendimento aos usuários com maior grau de resolutividade possível.

2.1.12 Participação Popular e Controle Social

A participação popular nas Políticas Públicas é um fato recente. Representa um longo processo de questionamento à forma centralizadora e verticalizada do poder público, em todas as suas esferas de governo.

Do ponto de vista Político, a *participação popular leva à democratização do poder local*. Isto significa o aumento da influência da população organizada na definição das **Políticas Sociais**, na solução dos problemas que lhes dizem respeito, nas diferentes esferas do governo.

A participação popular proporciona à sociedade um *Conhecimento* sobre o *Funcionamento Burocrático* e dos *diversos Interesses dos Grupos No Estado*. Possibilita um aprofundamento **Técnico e Político**, permitindo a ação de propostas de Modificação do Aparelho Estatal.

Por outro lado, o Estado é obrigado a se adaptar à Participação Popular criando mecanismos para responder às demandas sociais, a fim de não perder seu controle.

O *controle social* cria um *espaço de negociação* entre os usuários e os administradores. Neste processo o que se tem visto é um avanço na *conquista da cidadania*.

2.1.13 Conferência de Saúde

A Lei 8.142/90 no seu art. 1º, parágrafo 1º define que “O Sistema Único de Saúde” contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com a **Conferência de Saúde**. Esta, se reunirá a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de Saúde e propor as diretrizes para a formulação da Política de Saúde nos níveis correspondentes, sendo convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, pelo Legislativo ou Conselho de Saúde”.

A Conferência de Saúde é um evento que deverá contar com a *Participação Mais Ampla da Sociedade*, onde deverão ser convidadas Instituições Públicas e Privadas de Prestação de Serviços de Saúde, Entidades Representativas dos usuários dos serviços, Entidade de Formação de Recursos Humanos para a Saúde, grupos especiais de pacientes e mesmo o público em geral, tendo como pré-requisito o interesse pela questão da Saúde.

Sua função principal é a *Definição de Diretrizes Gerais da Política de Saúde*, podendo compreender outros temas como a conjuntura local, Estadual e a Nacional, prestação de contas do Poder Público no Campo da Saúde, avaliação da situação Sanitária do Município, e problemas relativos a determinados segmentos ou minorias (mulher, criança, portadores de deficiências, etc.).

A forma de *Convocação* das Conferências, quando não estiver definida nas Constituições Estaduais ou nas Leis Orgânicas dos Municípios, deverá ser através de decreto do executivo. A periodicidade das Conferências foi definida na IX Conferência Nacional de Saúde. As Conferências Municipais deverão ser anuais, as Estaduais de dois em dois anos e a Nacional, de quatro em quatro anos, e, extraordinariamente, quando se fizer necessário. *Caso haja omissão legal a respeito, nada impede que o legislativo ou o próprio conselho de saúde tome iniciativa para sua realização.*

No processo de organização das Conferências, deve-se garantir o *Pluralismo Político*. É recomendável que se estabeleçam critérios considerando os diversos recortes da sociedade (urbanos/rural, empregadores/empregados, trabalhadores de saúde/usuários, etc.). Assim, é possível assegurar um certo *Equilíbrio na Representação*.

Considerando a importância da Conferência, é fundamental que se priorize a organização. Seus resultados servirão de referência à Política de Saúde no nível correspondente (Municipal, Estadual, e Nacional), portanto a comissão organizadora deve se preocupar em garantir a circulação de informações, receber e divulgar contribuições de grupos ou pessoas e assegurar um espaço adequado para o evento, incluindo alojamento, alimentação e desenvolvimento dos trabalhos.

Para facilitar o trabalho, a Comissão Organizadora deve criar comissões de inscrição, relatoria, distribuição de material, finanças, alimentação, transporte, alojamento, etc., de acordo com as necessidades. Todas estas comissões deverão representar a pluralidade da Conferência.

A fim de que a Conferência alcance o sucesso e a legitimidade desejada, é necessário se investir na divulgação desde o processo de preparação, a

mobilização dos diversos setores da sociedade, eleição de delegados, discussões e propostas até o relatório final.

2.1.14 Conselho de Saúde

A participação popular, para efeito de controle de execução de Políticas Públicas Sociais, tem na Constituição Federal de 1988 a sua maior garantia. De maneira mais específica, essa questão é tratada em seu Art.194, ao referir-se a organização institucional da Seguridade Social. O Art.198 no inciso III dispõe como uma das diretrizes do SUS, A PARTICIPAÇÃO DA COMUNIDADE.

Na Lei 8.142/90, Art. 1º, inciso II, parágrafo 2º e 4º fica instituída a criação do Conselho de Saúde, Esse artigo diz o seguinte: *“O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera de Governo”*. A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências onde será partidário em relação ao conjunto dos demais segmento.

2.1.14.1 Importância do Conselho

São várias as razões que justificam a importância da composição e instalação do Conselho de Saúde em cada esfera. Do ponto de vista Institucional

representa uma das seis condições para o recebimento de recursos da União para a Saúde. Do ponto de vista popular representa a participação da comunidade no Controle Social do planejamento, da decisão, da execução e da avaliação do SUS.

A composição partidária e o caráter deliberativo do conselho de Saúde representam a maior conquista da luta pela Saúde Integral, Universal, Pública e de Qualidade.

Os representantes institucionais e usuários participam em igualdade de poder e decisão.

2.2 O Referencial Histórico da Saúde Pública

As sociedades antigas não tinham explicações científicas sobre o aparecimento das doenças. Basicamente existiam duas formas de conceber e perceber a doença:

- A primeira caracterizava-se pela constatação de que a penetração de agentes externos no corpo humano tinha a capacidade de provocar lesões, como as lacerações cutâneas e musculares, e as fraturas ósseas. Estas apresentavam uma clara relação de causa e efeito e proporcionaram o surgimento do que chamamos hoje de *“medicina empírica”*;
- A segunda caracterizava-se pelas doenças internas que, não sendo possível estabelecer uma relação com o meio ambiente em que viviam, eram atribuídas a fatores sobrenaturais. Acreditavam que ao ficarem doentes estavam sendo punidos por alguém ou alguma *“coisa”*. As

dores de cabeça, as crises histéricas e as crises epiléticas eram atribuídas à ação de maus espíritos no corpo humano. Desta forma a resolução do problema de saúde se dava através da procura de mágicos e feiticeiros.

Posteriormente, desenvolveu-se o sentimento religioso através de práticas que significavam um saber desconhecido ao homem comum e fazia com que a pessoa que conseguisse traduzir esse saber se tornasse uma autoridade. Tal indivíduo era o “sacerdote” e, por deter a “divindade”, era capaz de se comunicar com os deuses e, desta forma, atender aos seus desígnios.

A partir de então, as Práticas de Saúde passaram a fundamentar-se também na religiosidade, através de rituais. Os templos, comandados pelo sacerdote, desempenhavam o papel tanto de igreja quanto de hospital. Ali, os doentes eram atendidos pelo sacerdote-médico que, utilizando alguns recursos como ervas, beberagens e medidas higiênicas, alcançava pela intervenção da divindade a prevenção ou cura.

No período entre 460 e 377 a.C. viveu, na Grécia, Hipócrates, que é considerado o “pai da medicina”. Ele questionava a crença de que as doenças eram causadas por maus espíritos. Ele considerava que fatores como condições climáticas e geográficas, o trabalho excessivo, as emoções e hábitos alimentares poderiam ser provocadores de doenças.

Na Idade Média, o cristianismo teve forte influência nas Práticas de Saúde. Assim é que neste período desenvolveram-se crenças nos poderes miraculosos das relíquias, amuletos, águas bentas, santos-óleos, esconjurações e exorcismo.

A assistência aos pobres e desvalidos e o cuidado aos enfermos foi uma das primeiras tarefas a que o cristianismo se propôs. Os doentes eram hospedados nos conventos ou recebiam visitas dos monges em sua residência.

As grandes epidemias ocorridas neste período, como a Peste e a Lepra, tinham explicações religiosas, e o leproso era visto como uma forma de manifestação de Deus. Assim, tais doentes, abandonados teriam suas salvação garantidas.

Ao longo da história da humanidade, várias doenças foram surgindo e a população reagindo a elas de diferentes maneiras, por exemplo, os acometidos por doenças venéreas, eram desprezados e/ou temidos até mesmo pelo leproso.

A assistência à Saúde organizava-se em três tipos: para os poderosos, para os artesãos e burgueses e para os pobres. Desta forma, os Médicos Graduados nas Universidades cuidavam da realeza e da nobreza em geral, recebiam honorários polpudos e perceberam que associado “às condições dignas de moradia, a uma alimentação suficiente, às condições de trabalho adequadas, às condições ambientais favoráveis, há melhora na saúde de todo o povo”.

2.2.1 Saúde Pública e a Enfermagem

Muitas atitudes das pessoas em relação à Saúde baseiam-se no atendimento em Saúde Pública. A Saúde Pública, enquanto uma área de conhecimento e um campo de Ação da Saúde, são compreendidos como uma especialidade e tem uma evolução histórica. A enfermagem, como uma das práticas sociais, tem formação nesta área do saber e constitui-se em parte desta história.

Os compromissos e as ações da área de Saúde Pública foram modificando-se, assim como as concepções de Saúde de cada época, bem como as Políticas de Saúde adotadas no período.

Desde a Antigüidade, os maiores problemas de saúde que incidem sobre a população relacionaram-se com a vida em comunidade. Como exemplo destes problemas podemos citar “o controle das doenças transmissíveis, o controle e a melhoria do meio ambiente, a provisão de água e comida puras e em volumes suficientes, a assistência médica e o alívio da incapacidade do desamparo” (ROSEN, 1944, p. 31).

Neste conceito, percebe-se que ações de saúde caracterizam-se principalmente pelas que seguem abaixo e que foram contempladas no conceito de Saúde Pública registrado:

- Saneamento do meio;
- Controle das doenças transmissíveis;
- Educação em Saúde;
- Organização dos serviços Médicos e de Enfermagem;
- Desenvolvimento de Mecanismos Sociais que proporcionem ao indivíduo e à comunidade um nível de vida adequado à sua Saúde.

Em 1920 e anos subseqüentes, o Brasil vivia o auge da economia cafeeira, significando que o café era o principal produto que gerava emprego, possibilitava intercâmbio comercial e político com outros países – caracterizava-se por um movimento de acelerada urbanização e desenvolvimento industrial.

Convém salientar que o objetivo principal das medidas de Saúde Pública desta época era o Saneamento Urbano e Rural, a propaganda sanitária, a higiene

infantil, industrial e profissional, em forma de campanhas sanitárias, mobilizadas por Oswaldo Cruz.

As opções de Saúde que desde o início do século eram fundamentalmente voltadas para:

- Controle de Endemias (é a ocorrência de doença de modo contínuo, em determinada comunidade ou lugar, atacando número variável de pessoas) e epidemias (é a ocorrência excessiva de casos de uma doença em uma comunidade ou área, acometendo simultaneamente grande número de pessoas) e problemas gerais de Saneamento dos Portos e nos núcleos urbanos;
- Estratégia de atração e retenção da mão de obra por parte das empresas e do próprio Estado.

Portanto, este período é fortemente marcado pelo desenvolvimento de Campanhas Sanitárias, dentre as quais se destacam as de vacinação.

Estas campanhas tinham como principal objetivo o Saneamento dos Portos devido às Endemias e Epidemias que colocavam em risco, não só a população brasileira, mas, também, a tripulação dos navios estrangeiros que aqui aportavam e, principalmente impediam a exportação do café brasileiro para a Europa. Para tanto, Oswaldo Cruz mobilizou campanhas sanitárias para combater a febre amarela e iniciou a vacinação obrigatória contra a varíola.

Além disso, com a reforma Carlos Chagas ocorrida em 1923 foram criados o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), cujas atribuições eram o saneamento urbano e rural, a propaganda sanitária, a higiene infantil, industrial e profissional e atividades de supervisão e fiscalização.

No Brasil, a Enfermagem de Saúde Pública, segundo Pena (1971), surge com o movimento em prol da medicina preventiva, iniciada após o saneamento do meio ambiente no Rio de Janeiro, coordenado por Oswaldo Cruz, nas primeiras décadas do século XX. Carlos Chagas ao assumir a direção do Departamento Nacional de Saúde Pública, visitou os Serviços de Saúde Pública dos Estados Unidos, conhecendo neles a atuação do enfermeiro. Foi este cientista que, ao voltar ao País, reconheceu a necessidade deste profissional como um dos membros da Equipe de Saúde. Assim, através de um convênio entre o Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller e o Departamento Nacional de Saúde Pública, foi criado o Serviço de Enfermeiros do DNSP.

Até o final da década de 1930, a área de atuação dos Enfermeiros esteve especialmente ligada ao Setor de Saúde Pública destacando-se, além das atividades assistenciais, o preparo de pessoal auxiliar, a vistoria sanitária. Neste período ocorreu também a criação de vários Centros de Saúde para o atendimento das populações carentes.

Com a intensificação da industrialização e da urbanização nos anos 40, ocorreram, simultaneamente, um crescimento considerável da rede previdenciária e um aumento nos gastos com a assistência médica neste setor. Na área de Saúde Pública, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942 durante a Segunda Guerra Mundial, representou um componente de destaque histórico, que visava a apresentação de assistência médico-sanitária aos trabalhadores na extração de borracha, para fins da indústria da guerra e no combate à malária, que alcançava elevados índices, prejudicando com isto, a extração daquela matéria prima. A criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) possibilitou, por outro lado, uma ampliação do mercado de trabalho para a Enfermagem na área rural das

regiões Amazônica e Nordeste, onde foi desenvolvida uma prática voltada principalmente para o Controle Epidemiológico destas doenças e à Atenção Materno-Infantil.

Um outro marco importante para a Enfermagem na década de 40 foi o processo de expansão e modernização hospitalar, ampliando as possibilidades de trabalho para a Enfermagem, na área Hospitalar. Com a expansão deste campo de atuação ao lado da área de Saúde Pública, torna-se emergente a necessidade de mão-de-obra de pessoal de enfermagem qualificado para a prestação da assistência de enfermagem também no contexto hospitalar. Mediante a necessidade evidenciada, foram criados oficialmente os Cursos de Auxiliar de Enfermagem no país, bem como são regulamentados os cursos de Enfermagem já existentes.

A Economia Brasileira, no período compreendido entre 1950 e 1960, passou por algumas transformações importantes, como a interiorização da expansão econômica e a construção da nova capital Brasileira – Brasília, ocorrendo uma aceleração dos movimentos migratórios internos.

Até meados da década de 50, a Área de Saúde Pública se constituiu em prioridade Política no Setor de Saúde, cedendo, a partir de então, sua atenção para a importância à Saúde Individual, através do complexo médico-industrial. A partir de então, os Serviços de Saúde Pública deixam de ser prioridade, comprometendo de maneira geral o atendimento à população. As ações da Enfermagem de Saúde Pública, neste período e nos seqüenciais são obrigadas a acompanhar as Prioridades Políticas da Área da Saúde, apresentadas de modo implícito pelo Estado Brasileiro.

Criado o Ministério da Saúde em 1953, devido à divisão do Ministério da Educação e Saúde, o setor saúde ficou com a menor parte dos recursos

orçamentários para desenvolver suas ações. Neste período a fundação Rockefeller mantém convênio com o Instituto Evandro Chagas, possibilitando que esta instituição realizasse Assistência Médica, Educação Sanitária, Saneamento, combate à malária e controle de doenças transmissíveis.

Em 1960, o SESP passou a ser uma fundação e, em função da sua finalidade, ficou diretamente ligado ao Ministério da Saúde, sendo denominado a partir de então de Fundação SESP.

A Fundação SESP em todo seu processo histórico contribuiu para que a Enfermagem no contexto da Saúde Pública tivesse uma importante expressão no que se refere à formação de recursos humanos (Auxiliar de Enfermagem, Enfermeiros e outros) para diversas regiões brasileiras, com destaque para a Amazônia. Promoveu, ainda, uma articulação entre a assistência curativa e preventiva, quando implementou uma rede assistencial integrada por Unidades Mistas, com atuação interdisciplinar em todas as regiões do país.

Em 1963, ocorreu a III Conferência Nacional de Saúde, quando se discutiram os problemas das campanhas e a expansão da Assistência Médica Previdenciária, já em implantação como Política Oficial. Nesta época foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social, que priorizava a contratação de serviços de terceiros, em detrimento dos serviços médicos próprios da Previdência Social.

Percebe-se que a história é um processo e os eventos podem ser contínuos, ou seja, ao longo das décadas eles se repetem e muitas vezes são complementares, impulsionando intercâmbio de idéias e surgimento de Políticas.

A formulação de Políticas de Saúde nesta época caracterizou-se pela síntese de dois diferentes modelos já adotados anteriormente, o do “sanitarismo campanhista” oriundo da Primeira República e o do “modelo curativo da atenção

médica vigente no período populista”. Esta estratégia favorece a adoção de um modelo de “medicalização da sociedade brasileira” de forma definitiva. As Políticas de Saúde acabaram privilegiando a prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento de Saúde Pública, de caráter preventivo e em especial aquelas de interesse coletivo. Após 1973, a cobertura previdenciária estendeu-se aos trabalhadores rurais, às empregadas domésticas e aos trabalhadores autônomos, até então excluídos.

Em 1975, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (Lei nº 6.229) que, mesmo com sua regulamentação parcial, significou uma tentativa de organizar as atividades do Setor Saúde, congregando os Serviços Públicos e Privados. Luz (1991) diz que as principais orientações da Política Sanitária deste período impulsionaram a demanda Social por consultas médicas como respostas às graves condições de saúde, proporcionaram o financiamento, por parte da Previdência Social, de inúmeros Hospitais, Clínicas e Empresas de Prestação de Serviços Médicos, seguindo uma Política de Convênios, em detrimento dos recursos normalmente destinados aos Serviços Públicos.

O objetivo do Sistema Nacional de Saúde é o de “assegurar a todo cidadão, o Direito aos benefícios que as Ciências da Saúde podem produzir e que nossa Economia comporta, promovendo proteção contra o sofrimento, a doença e invalidez evitáveis e contra a morte prematura” (BRASIL, 1975), através da extensão da cobertura pela regionalização e hierarquização do Serviço de Saúde, no qual se destaca a Atenção Primária em Saúde.

Nos anos de passagem entre a década de 1970 para década de 1980 é possível identificar o olhar das Políticas de Saúde voltando-se, novamente, para a área da Saúde Pública e a Enfermagem mobilizando-se em torno destes

movimentos. Merece especial atenção a VI Conferência Nacional de Saúde (1977), que possibilitou a definição das Bases para a Implementação do Sistema Nacional de Saúde e a VII Conferência Nacional de Saúde (1980), cujo principal enfoque foi a expansão da cobertura das Ações de Saúde, através do Programa Nacional de Serviços de Saúde (PREV-Saúde), até porque se discutia também em todo o mundo a proposta de Atenção Primária de Saúde, emergente na Conferência de Alma Ata (Rússia) em 1978.

A participação da Enfermagem na Atenção Primária de Saúde, prestada à população compreende Ações Educativas, Preventivas e Curativas, simplificando a padronização de técnicas e a utilização plena do trabalho de pessoal técnico e auxiliar, preparados em função das realidades econômicas regionais ou locais. Assim, a Rede de Assistência à Saúde abrange três níveis de complexidade crescente:

- **Postos de Saúde Rurais ou Suburbanos:** Unidade Simplificada periférica, integrada a uma comunidade rural ou suburbana, com porta de entrada do sistema;
- **Centro de Saúde:** Unidade Sanitária mais complexa;
- **Unidade Mista:** compreende um Centro de Saúde acoplado a um Hospital comportando pequeno número de leitos.

O projeto mais amplo de extensão de cobertura com ampliação das Ações Ambulatoriais da Rede Pública foi o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), implantado em 1979, atendendo primeiramente à região Nordeste e, mais tarde, estendido às outras regiões do Brasil (principalmente Norte e Centro-Oeste).

Como as Políticas voltavam-se para os Programas de Extensão de Cobertura através da Assistência Primária em Saúde, as atividades eram desenvolvidas basicamente pela Equipe de Enfermagem de Saúde Pública, que se constituíram em aproximadamente 60%.

Tal fato pode ser identificado quando e dá a expansão dos Serviços Ambulatoriais da Rede Hospitalar, principalmente da Rede Pública. Assim, a participação da Enfermagem de Saúde Pública na Promoção da Saúde e Proteção Específica abrange, principalmente a Educação em Saúde dos indivíduos sadios e/ou egressos do Hospital. Suas ações sustentavam-se em uma Atenção Sistematizada e Programada através de atividades de diagnóstico e consultas de Enfermagem, visitas domiciliares, participação em Programas Especiais de Atenção à Saúde.

2.2.2 Abordagens de Educação em Saúde

Duas classificações distantes das abordagens de Educação e Saúde merecem destaque. A primeira classifica estas abordagens como: *Educativa* (compreensão da situação) e *Preventiva* (comportamento saudável pessoal). Já a segunda, privilegiando a análise das *Práticas Sanitárias*, sistematiza-as em *Educação para a Saúde* (informação e mudança de hábito), *Educação e Saúde* (articulação de demandas sociais da população, em relação ao Estado) e *Educação Popular em Saúde* (fortalecimento de saber e do poder popular como transformadores da realidade). De uma maneira geral, direcionadas ao atendimento clínico-laboratorial, pode-se classificar as Ações de Educação em Saúde em duas

abordagens básicas: ações de Prevenção e Controle das doenças e ações sobre as determinantes do Processo Saúde-Doença.

As Ações de Prevenção e Controle das Doenças caracterizam-se por uma série de atividades que apresentam como ponto de partida o perfil Epidemiológico da população e sua configuração em demandas ao Serviço de Saúde. Seus objetivos principais são a compreensão da origem e desenvolvimento dos agravos à Saúde e o autocuidado. Tais atividades primam por socializar o saber sobre Saúde cientificamente construído e por fornecer elementos que permitam aos indivíduos uma ação direta sobre as situações de doença que os atinjam ou possam atingi-los.

A *Educação em Saúde* como forma de intervenção sobre os determinantes Sociais do Processo Saúde-Doença constitui-se a partir das atividades que visem conscientizar a população para *Ações de Cidadania*. Estas atividades consistem na mobilização popular para ações transformadoras da realidade em que estão inseridas e da sociedade como um todo.

Este vertente da Educação em Saúde pressupõe o caráter social da distribuição das doenças, cuja alteração é dependente de *MUDANÇAS*.

Sendo assim, as atividades de Educação em Saúde apresentarão por objetivo um processo de tomada de consciência acerca do papel da força de *trabalho* no processo produtivo e das condições necessárias à sua produção e reprodução. Ou seja, discute-se o processo de *Trabalho* e sua relação com a *Saúde* (doenças físicas e mentais provocadas pelo ambiente, pelo tipo de atividade, por contaminação, acidentes de trabalho, etc), e o acesso aos bens necessários à manutenção da saúde (alimentação, moradia, saneamento, trabalho, educação formal, serviços de saúde, etc.). Tais processos de discussão e reflexão costumam desdobrar-se em movimentos reivindicatórios.

Em ambas as abordagens, as atividades se operacionalizam tanto no âmbito individual como no coletivo. As Ações de Prevenção e Controle se apresentam usualmente, Individual e Grupal, incluindo neste campo as campanhas desenvolvidas pelos meios de comunicação de massa. Já as ações sobre as Determinantes Sociais do Processo Saúde-Doença, de caráter coletivo, tornam manifesta uma identidade, a qual, se caracteriza a partir da construção coletiva de uma noção de direitos, que relacionadas diretamente com a ampliação do espaço de cidadania, dá lugar ao reconhecimento público das carências.

Deste processo resultam articulações com parcelas populacionais sem acesso às Políticas Sociais (sem-teto, sem-escolas, sem-transporte, sem-terra, etc.) com setores marginalizados do processo de produção formal (deficientes físicos, catadores de lixo, engraxates, ambulantes), com setores discriminados (por raça, sexo, cor, fé) e com setores formalmente vinculados ao processo produtivo (metalúrgicos, mineiros, operários da construção civil).

Elas podem ser potencializadas pelo Serviço de Saúde a partir da problemática geral de um bairro, da cidade, ou de um grupo específico. A Equipe de Saúde pode proporcionar espaços de discussão e reflexão sobre estas problemáticas, oportunizando a relação dos mesmos com um conceito ampliado de Saúde e a Organização de Ações concretas.

Setorialmente, a organização dos usuários de Serviços de Saúde no Brasil canaliza-se pelos mecanismos de Controle Social do Sistema Único de Saúde (SUS): os Conselhos Locais, Municipais, Estaduais e Nacionais de Saúde, os quais constituem espaços de Gestão Coletiva, composta por usuários (metade dos membros), Profissionais de Saúde, prestadores de Serviços Públicos e Privados de Saúde. Constitui-se nos órgãos deliberativos máximos das Políticas de Saúde,

responsáveis pelo planejamento ascendente das ações, estabelecimento das normas e diretrizes das ações, estabelecimento das normas e diretrizes do Sistema de Saúde (em sua instância administrativa), além de exercer ações de controle e fiscalização.

Apresentadas as duas vertentes de *Educação em Saúde*, cabe ressaltar que muitas vezes uma decorre da outra. O que definirá o objetivo final destas ações será a *Intencionalidade* da *Equipe de Saúde*, a sua *Visão Política* (“de mundo”). Por exemplo, um grupo de portadores de hipertensão ou de diabetes pode ser organizado com o objetivo de discussão ou educação para o autocuidado. Referindo-se às camadas populares, o próprio entendimento do autocuidado implicará necessidades de consumo que estão além das reais possibilidades daquele coletivo (alimentos para dieta, disponibilidade de medicamentos, etc.). No momento em que o grupo toma consciência de tal fato, existe a possibilidade concreta de se avançar nas características deste grupamento para um processo organizativo-associativo e reivindicatório, transcendendo a abordagem das doenças em si para abordagem de seus determinantes sociais.

2.2.2.1 Atividades Individuais

São aquelas que vinculam a pessoa ao profissional ou à Equipe de Saúde, objetivando a compreensão e a intervenção desta sobre o problema instalado, configurando a busca pela adesão ou tratamento. Os espaços proporcionados por esta interação, em primeira instância, são o consultório e o domicílio.

No consultório, consiste em levar o indivíduo a compreender as condições clínicas, permitindo-lhe que participe da decisão sobre o tratamento. Estas atividades incluem a adoção de medidas preventivas e um maior conhecimento de seu próprio organismo, bem como da maneira como a doença o afeta. Neste sentido, o Profissional de Saúde deve evitar adotar uma postura autoritária quando fornece informações acerca do agravo, mas sistematizar as observações que o indivíduo faz sobre si, os sinais e sintomas reconhecidos por ele, ressignificando-as, de modo a oportunizar a discussão quanto às alternativas de resolução ou redução do impacto do problema de Saúde.

Um momento propício para se transmitir conhecimentos de fisiologia, por exemplo, é o pré-natal, talvez um dos únicos momentos em que a mulher pode discutir seu corpo do ponto de vista da higidez e não do agravo. O retorno periódico do casal ou da gestante facilita ao profissional discutir a série de mudanças que a gestante observa em si (mudanças corporais, movimentos fetais, sexualidade, etc).

2.2.2.2 Atividades Domiciliares

Estas atividades são características marcantes da atuação da Equipe de Saúde que integra o Programa de Saúde da Família (PSF). No domicílio, as atividades são geralmente utilizadas para pessoas com dificuldades de aderir ao tratamento, que não estão a par de seus problemas (por exemplo, paciente com exame citopatológico alterado e que não compareceu ao serviço para buscar o resultado), que não podem se locomover até o Serviço de Saúde, ou que foram identificados pela vizinhança. Pessoas identificadas pela vizinhança são geralmente

portadores de problemas de saúde fisicamente incapacitantes (por exemplo, paraplégico), ou provocadores de desconforto comunitário ou estigma (como doentes mentais, alcoólatras ou mendigos). Nestes casos, os procedimentos podem ser assim resumidos: o profissional de saúde apresenta-se (especificamente, para alguns autores, parece ser mais adequado que a visita seja realizada por um médico), explicando o motivo da visita. O profissional deve estabelecer diálogo, buscando uma maior aproximação com o indivíduo e/ou seus familiares, mediante busca no ambiente domiciliar de algo que indique hábitos, preferências ou fé (flâmulas de time de futebol, estátuas de santo ou orixá, etc.), estabelecendo uma conversa mais informal. Caso seja bem sucedida a aproximação, o médico pode solicitar permissão para examiná-lo.

O exame deve ser o mais simples possível, pois os objetivos deste primeiro contato são apenas a identificação da gravidade do caso e a fixação de um “contrato de trabalho” com o indivíduo e sua família, à medida que não foram eles que acionaram o Serviço de Saúde. Após a realização do exame, o médico deve comentar os seus aspectos mais importantes e discutir com o grupo familiar a conduta mais adequada para o caso (internação hospitalar ou domiciliar e acompanhamento ambulatorial), na dependência da avaliação clínica.

Para qualquer dos desdobramentos do caso, não existindo familiar, deve-se buscar na vizinhança alguém que tem condições de auxiliar no tratamento do paciente, seja por apresentar vínculo com ele, seja por responsabilidade comunitária ou por caridade.

A prática da visita domiciliar descrita não deve ser confundida com práticas autoritárias e intervencionistas do Serviço de Saúde sobre a vida privada dos indivíduos.

2.2.2.3 Atividades Grupais

São aquelas que interagem um ou mais membros da Equipe de Saúde e vários indivíduos, podendo apresentar os mesmo objetivos dos procedimentos individuais, mas diferenciando-se pela utilização de diferentes tecnologias facilitadoras do processo educativo.

As técnicas utilizadas no trabalho grupal podem ser classificadas em dois grupos básicos: as técnicas diretivas, quando cabe ao técnico a total iniciativa e controle do processo, e as técnicas não-diretivas, nas quais a função do técnico é facilitar o processo de comunicação e interação grupal.

As *Atividades de Educação em Saúde* têm como *eixo* a *Prevenção* e o *Controle de Doenças*, e podem ser, em linhas gerais, assim caracterizadas.

❖ Grupos de Pacientes por Problemática Específica de Saúde

São grupos que têm como principal objetivo o auto cuidado. Operacionalizam-se a partir da identificação e agrupamento de pessoas que apresentam os mesmos problemas, usualmente por meio de reuniões. Nestes grupos, o Profissional de Saúde atua como um facilitador, tendo como principal tarefa proporcionar às pessoas pelo uso de técnicas específicas (psicodrama, oficinas de vídeo), um ambiente de diálogo mútuo no qual os pacientes possam fazer circular o seu saber sobre o problema de saúde que os afligem e as devidas formas de manejo, a partir de sua experiência cotidiana. O profissional além de ser um facilitador do processo interativo, age clarificando e sistematizando o

conhecimento circulante (muitas vezes difuso) e acrescentando novas informações. São exemplos os grupos de gestantes, os de portadores de hipertensão arterial, de diabetes, de doenças reumáticas, etc.

Desta forma, espera-se que o Profissional de Saúde, antes de iniciar qualquer trabalho em grupo, detenha-se no estudo das características particulares de cada um dos grupos que deseja mobilizar (linguagem, modo de vida, representações simbólicas, etc.). Neste sentido, ao lidar com grupos, é recomendável que se abra mão de reuniões formais, sendo mais adequada a utilização de dinâmicas que envolvam movimento, como teatro, trabalhos criativos (painéis de colagem, desenhos, jogos, audiovisuais, etc.). Tal recomendação prende-se ao fato de que, geralmente, o técnico tende a empregar linguagem unidirecional, partindo dos seus conhecimentos sobre a doença, um dos motivos de falência dos grupos, à medida que não se estabelece uma interação entre os saberes e que as informações circulantes nestes grupos não apresentam ressonância na vida cotidiana. Os exemplos importados de outras realidades e os cuidados indicados tornam-se dissonantes da possibilidade real de concretização (por exemplo, dieta recomendada para determinado agravo incompatível com a renda dos membros do grupo ou mesmo da coletividade em que se insere o serviço).

❖ Grupos de Informação

São atividades, em geral de curta duração, que apresentam como objetivo o repasse sistemático de informações sobre temas específicos. Geralmente são

realizados por solicitação da coletividade ou sazonalmente, de acordo com o Perfil Epidemiológico da Área de Abrangência do Serviço. São exemplos deste tipo de atividade palestras com escolares, reuniões informativas que integram campanhas nacionais ou regionais (vacinação etc.), e encontros motivados por agravos que geram circunstancialmente divulgação nos meios de comunicação de massa (por exemplo, dengue hemorrágico).

É importante ressaltar que tais atividades devem ser organizadas de maneira a informar de fato a população e manter uma certa periodicidade. Mesmo para este tipo de atividade, o profissional deve buscar adequar a informação a ser trabalhada às condições de apreensão por parte do grupamento em questão. De nada adianta, por exemplo, informar a uma determinada coletividade de baixa renda que os dentes devem ser escovados após as refeições, sem demonstrar que a escovação pode ser realizada sem o uso da escova e dentífrico comerciais, inacessíveis a esta população. Assim, a informação sobre o problema de saúde deve vir sempre agregada à possibilidade de materialização do cuidado de saúde indicado.

Por ser realizado geralmente por solicitação ou sazonalmente, dentro de Programas Nacionais, Estaduais ou Regionais, este tipo de atividade acaba assumindo características acentuadas de campanha, não se configurando enquanto atividade de rotina dos Serviços de Saúde.

As atividades de informação podem ser mais proveitosas se incorporadas ao cotidiano da população e do Serviço de Saúde. Dois exemplos que configuram esta perspectiva podem ser a rádio popular e o teatro de bonecos, aplicáveis aos denominados grupos de situação, ou seja, aplicados aos denominados grupos de

situação, ou seja, grupamentos circunstanciais, não motivados *a priori* à recepção de informações sobre Saúde como os grupos de sala de espera e população circulante.

Já a realização de pequenas peças (até 5 minutos), com teatro de bonecos na sala de espera, pressupõe-se a elaboração de roteiros adequados à realidade local. Os temas são desenvolvidos com bonecos (fantoques) que tentam retratar cenas e personagens do cotidiano e do local e do serviço. A programação pode seguir uma rotina de apresentações diárias, ou duas vezes por semana, por exemplo. As peças devem variar de temática e os roteiros devem ser dinâmicos, divertidos e objetivos. Os “atores”, integrantes de Saúde ou da Coletividade, podem optar por estabelecer uma discussão entre os bonecos e as pessoas na sala de espera.

Uma característica básica deste tipo de atividade é a composição rotativa do coletivo atingido (sala de espera, área de alcance de rádio).

Insere-se neste campo as *Campanhas de Educação em Saúde* realizadas via meios de comunicação de massa, nem sempre gerados a partir dos Serviços de Saúde. Neste sentido, proliferam no Brasil experiências de produção e distribuição de multimeios (vídeos, cartazes, cartilhas, etc.). São exemplos: a Rádio – TV Saúde, do Grupo Hospitalar Conceição, em Porto Alegre-RS, e o canal saúde, vinculado ao Ministério da Saúde.

A questão da informação em Saúde deve ser elaborada a partir de dois objetivos básicos, não-excludentes; a *Contribuição aos Cuidados de Saúde* e a *ampliação de possibilidades de Controle Social sobre as Ações de Saúde*, ambos constituintes do processo de construção da consciência Sanitária. Democratizar a informação em todos os âmbitos possíveis constitui-se tarefa dos Educadores Sanitários. Neste sentido, o trabalho com a informação deve privilegiar a clareza na

elaboração, produção e divulgação, pois informar constitui-se em um processo dinâmico e complexo, envolvendo Componentes Tecnológicos, Econômicos, Políticos, conceituais e ideológicos.

2.3 Referencial Histórico das Políticas Públicas de Saúde

Pode-se entender as *políticas públicas* (de saúde, educação, trabalho e emprego) como partes de uma totalidade maior- projeto de sociedade definida no conflito de interesses e na correlação de forças.

Neste sentido, devem ser pensadas em sua articulação com o planejamento mais global que a sociedade constrói para si e realiza por meio da ação do Estado.

Conforme Azevedo (1976, p. 66) uma *Política Pública* para um setor surge e é determinada:

- A partir de uma *questão* específica que se torna *socialmente problematizadora* exigindo a atuação do Estado;
- A partir de um *grau de organização e articulação* dos diversos setores e grupos predominantes em cada um deles. O domínio político (*politics*) condiciona a política (*policy*) ou plano de ação para cada segmento. Os grupos em luta terão suas demandas atendidas na programação dos governos de acordo com seu poder de pressão e domínio interno;
- A partir de *representações sociais*, que constituem a dimensão ideológica das *políticas públicas*. Os grupos hegemônicos influirão no conteúdo da solução, na sua definição e formulação, de acordo com suas representações cognitivas, instrumental e normativa.

Assim,

o processo pelo qual se define e se implementa uma política não se descarta do universo simbólico e cultural próprio da sociedade em que tem curso, articulando-se, também, às características de seu sistema de dominação e, portanto, ao modo como se processa a articulação dos interesses sociais neste contexto (AZEVEDO, 1976, p. 67).

Entendemos as Políticas Públicas como a materialidade da intervenção do Estado, ou “Estado em Ação”. Entendemos que estas políticas constituem-se em um elemento estrutural das economias de mercado, representando tipos de regulação que cada sociedade colocou em prática a partir de um determinado de seu desenvolvimento, configurando, os modos de articulação entre o Estado e a sociedade (AZEVEDO,1997, p.7).

Há três décadas, no entanto, as formas e funções assumidas pelo Estado encontram-se em crises enfrentadas pelo mundo da articulação capitalista e dos rumos traçados visando a sua superação.

Enquanto o neoliberalismo prega e implementa o esvaziamento das Políticas Públicas-isto é, o Estado Mínimo – a social- democracia defende reformas na estrutura estatal para salvar o Estado de bem-estar social.

As Políticas de Saúde ao longo da História passaram por momentos relevantes.

Antes de 1988, a Saúde não era um direito de todos, mas apenas daqueles que trabalhavam e tinham carteira assinada e pagavam a Previdência Social, o restante da população era atendido como indigentes ou carentes, sem nenhuma garantia de assistência à Saúde. Os Serviços de Saúde não funcionavam bem porque faltavam recursos ou era mal distribuído, porque o Sistema de Saúde atendia aos interesses daqueles que queriam comercializar a Saúde, e não atender às necessidades da população. Faltavam medicamentos, os equipamentos eram mal conservados, o pessoal eram pouco e mal renomeado.

Todas essas questões levaram a um Sistema de Saúde perverso, pois não respondia às necessidades da população, agravando cada vez mais a Situação de Saúde. Priorizava a medicina curativa, aumentando o número de internações em

hospitais e não realizavam nenhuma Ação Prevenção de Doenças ou de Promoção da Saúde assim como Ações Básicas de Saúde ou Saneamento.

Iniciou então uma grande discussão acerca da Universalização do Direito à Saúde, um Sistema de Saúde racional, de Natureza Pública, Descentralizado, integrando as Ações Curativas e Preventivas e Democráticas, com Participação Popular.

O entendimento de o que é *Saúde* começou a ser discutido pelos Profissionais de Saúde e a População. A Saúde começou a ser vista como o resultado das condições de vida das pessoas, isto é, que a saúde não é conseguida apenas com assistência médica, mas principalmente, pelo acesso das pessoas ao emprego, com salário justo, à educação, a uma boa condição de moradia e saneamento do meio ambiente, ao transporte, à cultura e ao lazer, além evidentemente do acesso a um sistema de saúde digno de qualidade e que resolva os problemas de atendimento das pessoas quando necessitem.

Através da constituição Federal de 1988, na Lei 8.080 e 8.142, foi criado o *Sistema Único de Saúde (SUS)*, para garantir por lei, depois de muita luta, os direitos da população quanto ao acesso aos Serviços de Saúde que precisar, sem qualquer discriminação. O SUS é o resultado da mobilização da sociedade, ampliando o conceito de Saúde e garantindo o Direito Humano e de Cidadania.

Bem o Sistema de Saúde agora é único para todos os cidadãos, *Saúde é um Direito de todos e um Dever do Estado*, agora temos direito a um Sistema de Saúde, para todos, de fácil acesso, gratuito, de boa qualidade, e, com a nossa participação, através do Controle Social dentro dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde.

Para que isto seja realidade é necessário mais que a aprovação das leis, é preciso colocá-las em prática através da implantação do SUS, no entanto isto não pode ser feito da “noite para o dia”, pois as *mudanças* são muitas e complexas, temos hoje espaços sociais onde podemos ajudar a implementar o SUS, como os *conselhos de saúde, as conferências de saúde, as associações de moradores, os sindicatos, os diversos grupos organizados na comunidade.*

2.3.1 Políticas Públicas de Educação e Saúde

São pressupostos das Políticas Públicas os seguintes direitos:

- **Saúde:** O Direito à Saúde passa pela garantia de Vida digna para a população e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de preservação e recuperação da saúde.
- **Educação:** Na Antiguidade Grega a Educação era condição de Cidadania, isto é o Homem deve ser educado para desempenhar seu papel na vida da cidade. Atualmente uma das condições para o acesso à cidadania é a garantia da Educação Pública. As escolas públicas seriam, assim, o recurso fundamental para se atingir esse objetivo, desde que a elas pudessem chegar indiscriminadamente todos os indivíduos.

Conforme Antonio Gramsci (1891-1937), intelectual fundador do Partido Comunista e prisioneiro político do Regime Fascista Italiano – a escola seria o local da difusão sistemática do saber e da cultura. A cultura é fundamental para a

criticidade das massas, para que passem da condição de espectadores à de atores, sujeitos da história. Assim sendo, a cultura é uma das condições para que se conquiste e se estabeleça o direito de cidadania.

As Políticas Públicas no Neoliberalismo são perniciosas à ordem Social e ao seu equilíbrio; qualquer limitação dos mecanismos de mercado por parte do Estado é ameaça letal à liberdade econômica e política; no *Regime Social Democrata* as Políticas Públicas são instrumentos importantes no sentido de amenizar as desigualdades originadas no mercado; são denominadas de Políticas de Proteção Social, implementadas pelo Estado, buscando garantir a todos o bem-estar social: educação, emprego etc; no *Regime Socialista* as Políticas Públicas são conquistas dos trabalhadores visando amenizar o grau de exploração capitalista (Marx em *O Capital*). São os “Estados em Ação” em um projeto de Sociedade definidos a partir do conflito de interesses e da correlação de forças.

O Papel do Estado frente às Políticas Públicas no Neoliberalismo é caracterizado pelo processo de “Menos Estado e mais Mercado”. Não competem ao Estado intervir na Economia e outras instâncias. Deixa o mercado agir livremente, pois a competição é salutar, regula as ordens Econômicas e Sociais. O papel do Estado frente às Políticas Públicas no Regime Social Democrata seria de responsabilidade pela promoção do bem comum; com autonomia para intervir na economia e em outras instâncias, orientando as Políticas de Reprodução Econômica e Social para assegurar o Bem-Estar Social; no *Socialismo* o Papel do Estado frente às Políticas Públicas caracteriza-se em última instância pelo Poder Público (O Estado Burguês) onde garante as condições para a produção e reprodução da ordem capitalista (Marx).

Com relação às *Políticas de Reprodução Econômica e Social* o *Neoliberalismo* questiona as estruturas assumidas pelos Estados de Bem-Estar Social. Defende a desregulação do Estado: o Estado Mínimo, a privatização dos serviços. Já o *Regime Social Democrata* defende o Estado de Bem- Estar Social e com características de pós- ofensiva neoliberal defende as reformas nas estruturas do Estado e o *Regime Socialista* frente às Políticas de Reprodução Econômica e Social defende o fim do Capitalismo e o estabelecimento do Socialismo.

2.3.2 Situando a Saúde e a Política nos Princípios Gerais da Organização do SUS

Baseia-se nos preceitos Constitucionais; são eles:

- Universidade;
- Equidade;
- Integralidade.

A sua organização obedece às seguintes diretrizes:

- Regionalização e Hierarquização: Formado por níveis de complexidade crescente, numa área geográfica delimitada, definindo a população a ser atendida.
- Resolutividade: Capacidade do serviço em resolver o problema dentro do nível de sua competência.
- Descentralização: Redistribuição do poder decisório, dos recursos e das competências quanto às Ações e aos Serviços de Saúde. Aos Municípios cabe, a maior parte da responsabilidade na promoção das

Ações de Saúde e de seus serviços, estando estes diretamente voltados aos seus cidadãos.

- Participação dos Cidadãos: Através das entidades representativas, participando da formulação das **Políticas de Saúde**, do controle e execução em todos os níveis de governo.
- Complementaridade do Setor Privado: quando o Setor Público não suprir as necessidades da população poderá se contratar Serviços Privados.

2.3.3 Níveis de Atenção à Saúde / Política de Saúde

❖ **Atenção Primária**

Ocorre através do estabelecimento de Ações no Plano Coletivo ou Individual para que a saúde das pessoas não seja atingida pela doença.

- Promoção de Saúde e
- Proteção de Saúde.

❖ **Atenção Secundária**

Encontram-se as ações voltadas para o diagnóstico precoce e o tratamento imediato, onde a prevenção da disseminação das doenças transmissíveis e a prevenção das complicações e seqüelas são o elemento fundamental.

❖ **Atenção Terciária**

Consiste em reintegrar, reabilitar e reeducar o indivíduo para que este possa continuar vivendo com qualidade de vida.

2.3.4 Política dos Serviços Básicos de Saúde

É o conjunto integrado de serviços prestado às pessoas e às comunidades e para a melhoria do ambiente, necessários à Promoção da Saúde, à Prevenção de doenças, ao tratamento das afecções e traumatismos mais comuns e à reabilitação básica de suas conseqüências.

Os Serviços Básicos de Saúde são fundamentalmente ações realizadas através de uma infra-estrutura física, a *Rede Básica das Unidades de Saúde*.

Composição Mínima:

- Imunização;
- Vigilância epidemiológica;
- Promoção do Saneamento Básico (água, esgoto, fossas, drenagem pluvial, coleta e destino adequado dos lixos);
- Educação para Saúde: Conservação da saúde, mobilização Comunitária, Participação Popular;
- Assistência e cuidados médicos, odontológicos, farmacêuticos, de enfermagem, nutrição, social e acompanhamento das necessidades em todas as fases do ciclo vital;

- Atividades de Controle das Endemias Prevalentes (DST/AIDS, drogas, Tuberculose, fome);
- Vigilância Sanitária em locais públicos (restaurantes, bares, clubes, etc.);
- Vigilância à Saúde, através de cuidados especiais a grupos vulneráveis, visitas domiciliares.

A Rede Básica de Saúde é composta pelas Unidades Locais de Saúde e constituem por sua vez os sistemas Locais de Saúde – SILOS, que formam os Distritos Sanitários, que correspondem às regiões sanitárias.

O Distrito Sanitário é a Unidade mais periférica de administração sanitária, que detém a responsabilidade e o poder decisório ante a Política Local de Saúde.

A efetivação do SUS implica no melhoramento do nível de saúde da comunidade, onde os dados epidemiológicos coletados servirão de subsídio para as Ações em Saúde, com disponibilidade dos Serviços Básicos e análise constante do impacto das ações e, quando necessário, reformular e enriquecer as propostas de trabalho.

2.3.5 Políticas de Saúde dos Aspectos de Prevenção

Prevenir é prever que algo aconteça, ou mesmo cuidar para que não aconteça. Prevenção em Saúde Pública pela ação antecipada com base no conhecimento da história natural, tendo por objetivo interceptar ou anular a evolução de uma doença.

A prevenção das doenças, sob o ponto de vista da Saúde Pública, tem desenvolvimento a partir dos conhecimentos dados pela *Epidemiologia* e pela *Patologia*. É a partir da História Natural que se desenvolvem as doutrinas de prevenção, sejam gerais, sejam específicas.

❖ **Prevenção Primária**

Promoção da Saúde. É feita através de medidas de ordem geral. O resultado destas medidas é o aumento da Saúde e do Bem-Estar Geral (LEAVELL; CLARRK, 1976):

- moradia adequada;
- escolas;
- áreas de lazer;
- alimentação adequada;
- educação sanitária.

❖ **Proteção Específica**

- imunização;
- saúde ocupacional;
- higiene pessoal e do lar;
- proteção contra acidentes;
- aconselhamento genético;

- saneamento ambiental;
- tratamento de água;
- tratamento de esgoto e de lixo;
- medidas de controle dos vetores.

❖ **Prevenção Secundária**

Diagnóstico precoce:

- inquéritos para descoberta de casos na comunidade;
- exames periódicos, individuais, para detecção precoce de casos;
- isolamento para evitar a propagação de doenças;
- tratamento para evitar a propagação da doença.

Limitação da incapacidade:

- evitar futuras complicações;
- evitar seqüelas.

❖ **Prevenção Terciária**

- reabilitação (impedir a incapacidade total);
- fisioterapia;
- terapia ocupacional.

2.3.6 Definição e Caracterização do Local de Atendimento - Atenção Primária / Centro de Saúde

A organização da Rede de Serviços de Saúde está orientada segundo os critérios de regionalização, respeitando os princípios de hierarquização, descentralização e desconcentração de atividades e de funções. Assim, a prestação de serviços à população é sistematizada em níveis de complexidade, que são coordenados entre si e orientados para o uso racional de recursos e para o alcance de maior extensão de cobertura.

O *Posto de Saúde* é uma unidade simples, operada por Auxiliar de Saúde de nível elementar, especialmente treinado para execução de Ações Básicas de Saúde. É uma Unidade destinada a promover a melhoria das condições de saúde e bem-estar da comunidade, através da execução das Ações de Promoção, Prevenção e Reabilitação, dirigida ao indivíduo, à família e ao meio. Desenvolve Ações Básicas com atendimento médico permanente e laboratório básico.

O Centro de Saúde tem as seguintes características:

- a) É um estabelecimento de Saúde da Rede oficial que tem autoridade e responsabilidades legais, podendo aplicar a Legislação Sanitária em vigor (quando este poder lhe for delegado);
- b) Programa suas atividades junto com a comunidade, a partir de um diagnóstico de Saúde de sua área de atuação, utilizando critérios, de acordo com o preestabelecido na determinação das prioridades, com base na relação necessária de Saúde/Recursos disponível;
- c) Atua em área geográfica delimitada;

- d) Dá ênfase às atividades de Promoção e de Proteção da Saúde da população;
- e) Aplica as técnicas Preventivas e Curativas ao maior número de pessoas com o uso de tecnologia apropriada e da forma mais econômica possível;
- f) Tem caráter dinâmico, desenvolvendo suas programações na comunidade, através de uma ação conjunta e permanente entre Profissionais de Saúde e população, na busca de soluções para a situação de saúde identificada;
- g) Aborda a problemática Saúde/Doença do indivíduo, da família e da comunidade em seus aspectos biopsicossociais;
- h) Tem como Unidade Básica de atuação a família;
- i) Desenvolve suas ações através do trabalho em equipe multidisciplinar com a participação da comunidade;
- j) Desenvolve atividades de Saúde fora de seu âmbito físico com outros recursos da comunidade (escola, creches, fábricas, associações de moradores, etc.);
- k) Articula-se com outras Instituições de Serviços de Saúde para assegurar o Sistema de Referência e Contra-Referência, assim como o desenvolvimento efetivo das ações do Setor Saúde;
- l) Dá ênfase às atividades Educativas dirigidas a indivíduos, famílias e grupos e à comunidade, estimulando-os à participação progressiva nas decisões e ações referentes ao Sistema de Saúde;
- m) Desenvolve ações sobre o meio ambiente, visando introduzir modificações que levem à Promoção e Proteção da Saúde da

comunidade (saneamento do meio, controle de vetores e reservatórios, controle de roedores, etc.);

n) Desenvolve ações de orientação e/ou controle sobre os alimentos, medicamentos, cosméticos e outros produtos que possam causar agravos à Saúde da população (ações de Vigilância Sanitária);

o) Utiliza a Vigilância Epidemiológica para Controle de Doenças Transmissíveis, a fim de programar suas atividades com base em critérios epidemiológicos;

p) Avalia suas atividades em função dos resultados obtidos em termos de produção de Serviços e de *Mudanças* nos níveis de Saúde da Comunidade e segundo critérios de maior rendimento dos recursos disponíveis.

Os Centros de Saúde, que constituem a estrutura Básica do Sistema realizam a Atenção Primária, visando atender aos problemas prioritários de Saúde. As ações neste nível compreendem a atenção elementar (informal ou formal) à criança à mulher em idade fértil a ao adulto em geral, bem como ações sobre o meio ambiente. As atividades devem ser implantadas progressivamente, de acordo com a capacidade operacional da Unidade e a evolução da situação da Saúde da Comunidade.

Para o desenvolvimento dessas ações, a Equipe de Saúde deve definir as funções e a responsabilidade de cada um de seus componentes em cada Programa e dos membros da comunidade envolvidos, assim como a correspondente delegação de responsabilidade. Na definição destas funções deve estar implícita a determinação das atividades técnicas e administrativas e o nível de responsabilidade

de cada participante, bem como os recursos necessários e disponíveis que permitam a realização de tais atividades. A capacitação dos recursos humanos constitui, também, outra função indispensável ao desenvolvimento das atividades, devendo orientar-se pelos objetivos, ações e competências estabelecidas. O conjunto desses elementos compõe o plano de trabalho da unidade. Na programação, execução e avaliação das atividades, os membros da equipe não devem perder a visão global dos serviços e de suas funções, para não incorrerem em risco de efetuar ações isoladas ou repetitivas.

Para o alcance dos objetivos e metas propostos é imprescindível dispor de *normas gerais e específicas* que orientem o trabalho da equipe e a operacionalização dos Serviços de Saúde. Estas normas devem ser conhecidas por todos os membros da equipe.

2.4 O Cidadão e seus Direitos à Saúde

2.4.1 O Conceito de Cidadania na História

O conceito de *democracia* surge em Atenas, Grécia, por volta do século VI a.C. Etimologicamente a palavra *democracia* quer dizer *governo do povo*. Ela está associada ao lugar do exercício do poder, refere-se à participação dos cidadãos, dos iguais, nos destinos da *polis* (cidade-estado grega): política. Na praça pública (*Ágora*) o povo, o conjunto de cidadãos, debate e decide os destinos da cidade. Daí a necessidade e a importância da *Educação* para habilitar ao embate *Político*: vence

aquele que, com melhores argumentos e mais habilidade, consegue convencer os demais cidadãos, derrotando o adversário.

Historicamente, este ideal de democracia direta, que não se faz por intermédio de representantes, mas pelo exercício do poder não alienado, nunca se cumpriu de fato. Isto porquê, desde sua origem, a democracia nasce restrita, pois é exercida somente por 10% dos habitantes de Atenas, os cidadãos. E destes, somente alguns conseguem se expressar em público. A mulher, o estrangeiro, a criança e o trabalhador (escravo) não são considerados cidadãos. No regime escravista, o trabalho, (do latim *tripallium* = instrumento de tortura composto de três paus entrecruzados, usados para torturar escravos), é visto como algo indigno, como um castigo. Por isso, o senhor, o cidadão não trabalha, mas se ocupa apenas da coisa pública (res-publica), dos destinos da cidade. Separa-se, já na origem da democracia, o homem que pensa do homem que faz, o não trabalhador do trabalhador.

Assim, a polis grega é o Estado dos homens livres, daqueles que possuem o direito de cidadania, isto é, o direito à proteção das leis, o direito à participação nos destinos políticos, econômicos e militares ou sociais da cidade. Esta participação se dá através do voto nas assembléias (participação direta e não representativa), ou do desempenho de funções públicas diretamente ligadas à organização democrática.

Apesar de sua independência, o homem livre, que no desempenho de Funções Públicas e na qualidade de votante participa do governo, tem sentido na cidade apenas como cidadão, homem político e não como indivíduo particular. Sua independência “natural” quanto indivíduo está subordinada à autonomia da polis. É livre na polis o que é comum e nunca o que é particular. Se a cidade perde sua autonomia, deixa de existir o cidadão (SOLIS, 1994, p. 174).

Nas cidades medievais homens não são cidadãos, como são aqueles da polis grega, nem tampouco servos. A primeira conquista medieval de cidadania foi a

liberdade: um homem que morasse durante um ano e um dia numa cidade livre, desobrigava-se da servidão. Assim, no final da Idade Média, existe uma comunidade de homens livres, capazes de participar de um governo real e não apenas do Reino de Deus, capazes de se opor à injustiça e até à servidão.

No Renascimento, por volta do século XV d.C., ocorre uma grande transformação Sócio-Econômica que influi decisivamente na configuração moderna de democracia, cidadania. O feudalismo entra em declínio e desenvolve-se o *mercantilismo* e o *colonialismo*. Este desenvolvimento econômico estimula inventos e descobertas no plano tecnológico e científico, ampliando-se o poder de manipulação que o homem exerce sobre a natureza.

Assim, lançavam-se as bases do *capitalismo*, que surgia como um novo modo de organização da produção, e do *liberalismo*, sua face de sustentação ideológica. Assim, no Renascimento a atividade comercial suplanta as atividades agrícolas, a indústria emergente desenvolve-se com o aparecimento das pequenas e médias manufaturas e as relações servis vão sendo gradativamente substituídas pelo trabalho assalariado.

A sociedade pós-feudal caracteriza-se, pois por uma nova Estrutura Econômica (mercantilismo), uma nova Estrutura Política (o Estado nacional) e uma nova ideologia (mecanicista e liberal). O mercantilismo fortalece e faz ascender a burguesia. Os burgos, principalmente as cidades portuárias, tornam-se o espaço do cidadão, do homem livre.

O século XVI desenvolve um novo humanismo e possibilita a substituição da cultura teocêntrica pela antropocêntrica. O homem passa a ser o centro do mundo, capaz de tomar as rédeas de seu próprio destino. Se por um lado, isto significa autonomia do sujeito, por outro lado, deslança o individualismo.

Entra em cena o homem consciente e senhor do próprio destino, o indivíduo. Neste novo contexto, o da luta de classes, se entrecrocaram duas concepções básicas de política: o liberalismo e o socialismo, além do anarquismo.

Com o advento da sociedade moderna, o indivíduo aparece de uma relação onde prevalece a economia. Diferentemente da Antiguidade ou da Idade Média onde há uma vinculação prioritariamente Política, o indivíduo da cidade moderna surge como o homem do trabalho livre, habitante igualmente de um lugar livre: a cidade. Nelas as relações de trabalho são reguladas pelo contrato e remuneração salarial, ou seja, o indivíduo é considerado como força de trabalho, impessoal, livre, como mercadoria, objeto de compra e venda, como todas as outras coisas da sociedade burguesa.

2.4.2 Educação e Cidadania

A liberdade pode ser enfocada a partir do ponto de vista da ética, economia, política e dos aspectos jurídicos.

Cabe ainda mencionar duas posições contraditórias a respeito da liberdade, a da liberdade incondicional e a da liberdade condicionada:

- Segundo a *concepção de liberdade incondicional*, o homem teria uma liberdade absoluta, podendo escolher ou não um ato, independentemente das forças que o constroem. Nessa concepção, ser livre é ser “incausado”, ou seja, o ato humano não se acha determinado por nenhuma causa exterior à sua própria vontade;

- Para as teorias deterministas, o homem, à semelhança das coisas, sofre tanto constrangimento externo e interno que apenas tem a ilusão de escolher livremente. Assim, por ser um corpo físico, biológico, por estar sujeito às leis do seu psiquismo, por estar submetido a uma determinada cultura, não tem como não ser como de fato é;
- Uma *visão dialética da liberdade* supera as anteriores, na medida em que entende o ser humano como sendo de início um ser situado e sujeito a múltiplas determinações, mas, visto que é um ser consciente, ao tomar conhecimento da situação em que se encontra inserido e dos obstáculos antepostos, é capaz de agir sobre a realidade, transformando-a.

Desta forma, a questão da liberdade só se resolve no campo prático da ação humana.

A liberdade não é uma dádiva, é uma tarefa de construção de um novo mundo, sempre a partir de uma situação dada e de condições históricas concretas.

Isso tanto vale no campo da ação social, no qual o homem transforma as condições de sua existência coletiva, quanto no âmbito pessoal.

De uma ralação de *heteronomia* (*hetero* = diferente, outro; *nomos* = lei), de valores e leis dados por outros, a criança, à medida que cresce, desenvolve a capacidade de perceber racionalmente o mundo; por meio de abstrações e crítica, torna-se capaz também de rever os valores herdados e estabelecer propostas de mudança. Assim, quando adulto, pode ser capaz de passar da heteronomia para a *autonomia* (*auto* = próprio), quando a lei a que obedece não é imposta do exterior,

mas ditada pelo próprio sujeito moral. Nesse sentido, somos livres quando capazes de *autodeterminação*.

Mas não se pode confundir autonomia com individualismo, pois o ser moral supõe a responsabilidade (ato ou efeito de responder por seus atos) e a reciprocidade (toda ação é intersubjetiva).

Apesar de todas as conquistas em torno da liberdade, mais do que nunca o homem tem se submetido, em nossa época, a determinações externas. LA BOÉTIE, filósofo do século XVI, se perguntava, perplexo, por que o homem troca a liberdade pela “servidão voluntária”?

Ora, os descaminhos da liberdade surgem, quando ela é sufocada à revelia do sujeito, caso da escravidão, da prisão injusta, da exploração do trabalho, do governo autoritário – ou quando o próprio homem dela abdica, seja por comodismo, medo ou insegurança.

Os empreendimentos do homem são sempre ensaios de liberdade. Ela se encontra na origem e no destino de todos os seus caminhos.

Assim, a emancipação Social, Política, Econômica exige independência, liberdade, autonomia e se efetua como um autodesenvolvimento. Para tanto a formação deve estar empenhada no desenvolvimento integral do ser humano, físico, psíquico e intelectual.

Educação e Liberdade são inseparáveis. Por um lado, porque a liberdade não é alguma coisa que é dada, mas uma conquista do homem ao longo do seu amadurecimento, de modo que ele aprende a ser livre. Por outro lado, a educação autêntica só pode ser a educação para a liberdade – e por meio dela – a fim de não se tornar adestramento ou doutrinação.

Todas estas idéias apontam as dificuldades que surgem diante de uma proposta coerente de *educação para a liberdade*.

Um dos problemas cruciais está no equacionamento do que seja de fato a autoridade do professor, para que não resvale, como quase sempre acontece, para o autoritarismo, nem sucumba à anomia (ausência de lei) que impede a organização de qualquer trabalho.

Na educação tradicional a disciplina e a autoridade eram impostas pela violência. No entanto, a autoridade do professor não deve estar nem na sua função nem na sua pessoa, mas na sua competência e empenho profissionais.

Se admitirmos a possibilidade da liberdade, nunca poderemos prever o desenlace do processo. Afinal, educar não é dirigir para um ponto que se escolheu, mas dar condições para que o educando se encontre e faça o seu caminho. Reside, portanto, aí a grandeza e o limite da educação: se o homem é livre, não podemos obrigá-lo a não errar. Assim, como afirma Olivier Reboul (apud ARANHA; MARTINS, 1986, p.68), “toda educação comporta um risco de malogro”.

Já se disse que a modernidade inventou o *indivíduo*. Inventou também a *liberdade* e a *liberdade individual*. Em que medida o homem é livre para viver em sociedade, da maneira que melhor lhe parecer? Serão as estruturas sociais flexíveis a ponto de admitir a ausência de freios às ações humanas individuais? Ou, ao contrário, a sociedade exerce controle absoluto sobre a conduta humana, impedindo a presença de qualquer expressão de individualidade?

Uma primeira observação a ser levada em conta é de que não é possível tratar abstratamente do conceito de *liberdade*. Há que se referir ao *homem* concreto, envolto que é pelo conjunto das relações sociais que conformam a sua história, e à

liberdade que é (ou não) titular, esta também entendida concretamente, situada, enquanto síntese de múltiplas determinações.

O homem é um ser *cultural*, pois vive num meio humanizado, isto é, transformado pelo homem. Ao nascer, já encontra uma língua, os costumes, a moral, a religião, a organização econômica e política, uma história. Isto se denomina *historicidade*, ou seja, o homem se encontra sempre situado numa determinada época, numa certa cultura (ARANHA; MARTINS, 1986, p. 320).

Da mesma forma que, anteriormente, afirmava-se que apenas o homem pode ser considerado *sujeito de práticas*, também, aqui, pode afirmar que apenas o homem é considerado *sujeito da liberdade*. No reino animal, apenas o homem pode ser livre.

No momento em que o homem se torna capaz de produzir e reproduzir as suas condições de existência no mundo, pelo trabalho, ele se vê em condições de, superando suas meras necessidades animais, ir além delas, superar sua *natureza animal* e produzir uma *condição social*. É claro que o homem, depois de alçar-se à condição de animal superior, racional, continuará tendo necessidades naturais. O que o distinguirá dos outros animais, no que se refere a estas necessidades é a maneira *social* como as resolve. Ou seja, o homem resolve suas necessidades naturais *socialmente*; o animal o faz *conforme a natureza*, ou, *naturalmente*.

O pensamento liberal dominante na Europa, com o advento de capitalismo e da sociedade burguesa é essencialmente individualista, e nele, a liberdade individual é altamente valorizada, sendo típica deste modo de pensar, como lembra a expressão: “A liberdade de cada um é limitada unicamente pela liberdade dos demais” (ARANHA; MARTINS, 1986, p. 321).

Quando se fez referência ao caráter *social da liberdade* se está, exatamente, falando de uma liberdade que não deve ser individualista nem ter caráter individual. Exatamente porque a vida é produzida socialmente e a liberdade

também, a referência maior dos seres humanos não pode ser o indivíduo. A partir do interesse coletivo, o comportamento individual se regula, exercendo-se, desse modo, “uma ação calcada na *cooperação*, na *reciprocidade* e no desenvolvimento da noção de *responsabilidade* e *compromisso*. Nesse sentido, o outro não é o limite de nossa liberdade, mas a condição para atingi-la” (ARANHA; MARTINS, 1986, p. 322).

O Direito a Saúde, segundo a Constituição brasileira, significa a garantia pelo Estado de condições dignas de salário, moradia, educação, saneamento básico, direito a terra, ao meio ambiente e acesso da população de maneira igual e universal às ações e serviços de *Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde*.

2.4.3 Os Direitos do Cidadão

- **Direito à informação:** é assegurado o acesso a informações relativas à saúde individual e coletiva, compreendendo as formas de tratamento, o quadro clínico, os riscos e agravos advindos de condições desfavoráveis do ambiente de trabalho dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- **Igualdade de assistência:** sem privilégios ou preconceitos de qualquer espécie;
- **Integralidade da assistência:** entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, que garantam para cada caso, um atendimento completo em todos os níveis do sistema. Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

- **Participação da comunidade nas instâncias colegiadas** (Conselhos de Saúde e Conferência de Saúde), através das entidades associativas;
- **Acesso aos órgãos judiciários e administrativos**, com vista à preservação ou reparação de danos patrimoniais e morais, individuais ou coletivos, assegurada a proteção jurídica, administrativa e técnica aos necessitados;
- **Informação adequada e clara, sobre os diferentes produtos e serviços**, com especificação correta de quantidade, preço, bem como sobre os riscos que apresentam;
- **A adequada e eficaz prestação de serviços públicos em geral:** Saneamento Básico e meio ambiente equilibrado, como condição fundamental para a preservação da saúde.

2.4.4 Instrumentos Legais para a Defesa dos Direitos dos Cidadãos

- **Conselho de saúde:** É a forma mais direta de controle social no Sistema Único de Saúde e está previsto na Constituição Federal. Qualquer cidadão pode, através de seus representantes no Conselho de Saúde acompanhar, fiscalizar e avaliar os serviços de saúde públicos ou privados, representado contra qualquer ato que julgue atentatório aos seus direitos à saúde.
- **Ministério público:** A função do Ministério Público é a de guardião da sociedade, vigilante da ordem e do respeito dos poderes públicos aos direitos assegurados aos cidadãos pela Constituição Federal. No

tocante à Saúde teve a sua atuação realçada, uma vez que a constituição tratou a Saúde como serviço de relevância pública e incumbiu o Ministério Público de zelar pela garantia da prestação dos serviços de relevância pública.

- **Tribunal de contas:** É o órgão auxiliar do congresso Nacional ao qual compete a fiscalização contábil, financeira, orçamentária, operacional e patrimonial da União e das entidades da administração direta e indireta.

Todo cidadão tem o direito de denunciar ao Tribunal de Contas irregularidades e ilegalidades verificadas contra o patrimônio público, através de:

- **Ação civil pública:** Atua na defesa dos interesses e direitos coletivos, mediante representação do Ministério Público ou através de associações legalmente constituídas, há pelo menos um ano. Para esta ação não há adiantamento de custas, honorário ou quaisquer outras despesas;
- **Mandado de segurança coletivo:** Serve para proteger o direito líquido e certo, quando o responsável pela ilegalidade ou abuso de poder, for Autoridade Pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições do Poder Público; ser impetrado por partido político ou por organização sindical, entidade de classe ou associação legalmente constituída e em funcionamento há pelo menos um ano;
- **Mandado de injunção:** Usado quando há falta de norma regulamentadora que possa tornar inviável o exercício dos direitos e liberdades constitucionais;

- **Ação popular:** confere ao povo a legitimidade para defender, via Poder Judiciário, o interesse público. É a garantia dos direitos coletivos.

2.5 Reflexão Sobre o Processo Etiogenia-Patogenia

2.5.1 A Causalidade

O conceito de Causalidade Única atingiu grande expressão com o advento da era bacteriológica, a ponto de serem esquecidas, freqüentemente, as causas relacionadas com o hospedeiro e o meio ambiente, no entusiasmo pelo isolamento de agentes específicos. Muitos acreditavam que, uma vez identificado o agente e seus meios de transmissão, estava solucionado o problema da prevenção. A adoção de tal conceito é irrazoável e irrealística.

Quando algumas ou todas as múltiplas causas de um processo patológico são identificados, a prevenção depende de medidas apropriadas para contrariar ou interceptar estas causas onde a filosofia da prevenção coloca em uma única frase: “Contrariar ou interceptar uma causa é evitar ou dissipar seu efeito”. Esta é a finalidade da medicina preventiva. Esta ação tem sido, desde muito tempo, um princípio na medicina preventiva aplicada a grupos de indivíduos.

A questão da causalidade é central em Epidemiologia, isto é, a compreensão do processo de determinação da doença é uma das vertentes, talvez a mais importante, na História desta área do conhecimento.

Enquanto conceito, a causalidade é determinada, de um lado, pelas condições concretas de existência, de outro, pela capacidade intelectual do homem

em cada contexto histórico, vale dizer, enquanto conceito, categoria explicativa, a questão da causa é revestida de historicidade.

Daí a necessidade de reconstruir a história do conceito, a fim de aprender as transformações de conteúdo por que passou, embora a forma tenha se mantido sempre, inalterada.

As primeiras interpretações que o homem deu à questão da causa, entre os povos da *Antigüidade*, podem ser separadas em duas vertentes. A primeira, presente nas concepções dos assírios, egípcios, caldeus, hebreus e outros povos, toma o corpo humano como receptáculo de uma causa externa que, penetrando-o, irá produzir a doença sem que o organismo, de algum modo, participe ativamente no processo. As causas tanto podem ser elementos naturais, quanto espírito sobrenatural.

Os sistemas filosóficos de compreensão do mundo, destes povos, eram todos de caráter religioso; assim, as observações empíricas, relativas ao aparecimento das doenças e à função curativa das plantas e recursos naturais, também eram revestidos de características religiosas.

A segunda vertente é representada pela medicina hindu e chinesa. A doença é vista como consequência do desequilíbrio entre os elementos, humores, que compõe o organismo humano. A causa do desequilíbrio era buscada no ambiente físico, isto é, na influência dos astros, no clima, nos insetos e outros animais associados às doenças. A medicina chinesa desenvolveu um sistema complexo de correspondências entre os cinco elementos que compõem os organismos vivos (madeira, metal, terra, água e fogo), suas características, cores, planetas e órgãos—sede. Por exemplo, o coração mantém correspondência com o fogo, é quente, vermelho e regido por Marte.

A *Saúde*, para os chineses, resulta de equilíbrio entre os princípios *Yang* e *Yin*. As causas externas provocam o desequilíbrio dos princípios, o que levará a um desequilíbrio dos elementos, com o aparecimento da doença. Para restabelecer a saúde, procura-se restabelecer o equilíbrio da energia interna, através de várias terapêuticas (acupuntura, do-in, etc.).

Nesta concepção de doença, o homem desempenha papel ativo no processo, e as causas são naturalizadas, isto é, perdem o caráter mágico e religioso predominante na outra conceituação.

Na *Grécia*, o estudo da medicina continua no caminho apontado pelas teorias hindus e chinesas. A *Saúde* é um estado de *isonomia*, ou seja, de harmonia perfeita entre os quatro elementos que compõem o corpo humano: terra, ar, água e fogo. A doença aparece como consequência da ação de fatores externos que provoca no organismo, uma *disnomia*.

[...] a maneira pela qual elas (as doenças) se formam pode ser clara a qualquer um. O corpo é composto da mistura de quatro elementos: terra, fogo, água e ar. A abundância ou falta desses elementos, fora do natural; a mudança de lugar, fazendo com que eles saiam de sua posição natural para outra que não lhes seja bem adaptada; ou o fato que um deles é forçado a receber uma quantidade que não é própria para ele, mas conveniente para outra espécie; todos esses fatores e outros similares são as causas que produzem distúrbios e moléstias (PLATÃO).

Hipócrates enriqueceu as concepções gregas de saúde e doença, por meio da prática clínica e de cuidadosas observações da natureza. Ela estabeleceu a correspondência entre os humores, seus elementos, qualidades e órgãos-sede, como na medicina chinesa. Assim, o sangue com sede no coração é quente e corresponde ao elemento fogo; a pituita produzida pelo cérebro é fria e corresponde ao ar, a bile amarela corresponde à terra, e é produzida pelo fígado; enquanto a bile negra, sediada no baço e no estômago, é úmida e corresponde à água. A

terapêutica baseava-se na aplicação dos elementos contrários, para tentar restabelecer o equilíbrio inicial.

A importância atribuída por Hipócrates ao ambiente físico na causalidade das doenças pode ser avaliada pelo seguinte trecho retirado do livro “Dos ares, das águas e dos lugares”:

Quem quiser prosseguir no estudo da ciência da medicina deve proceder assim. Primeiro, deve considerar que efeitos cada estação do ano pode produzir, porque todas as estações não são iguais, mas diferem muito entre si mesmas e nas suas modificações. Tem que considerar em outro ponto os ventos quentes e frios, em particular aqueles que são universais, mostrando bem aqueles peculiares a cada região. Deve também considerar as propriedades das águas, pois estas diferem em gosto e peso, de modo que a propriedade de uma difere muito de qualquer outra. Usando esta prova, deve examinar os problemas que surgem. Porque, se um médico conhece essas coisas bem, de preferência todas elas, de qualquer modo a maior parte, ele, ao chegar a uma cidade que não lhe é familiar, não ignorará as doenças locais ou a natureza daquelas que comumente dominam (HIPOCRATES).

A escola grega elaborou a concepção de que inúmeros fatores do ambiente físico poderiam ser capazes de produzir doença quando, agindo sobre o organismo humano, desencadeassem alterações dos humores. O conceito de causalidade apresentado é, assim, mais complexo e elaborado, envolvendo as reações do homem às agressões provenientes do seu ambiente natural.

Durante a *Idade Média*, isto é, no período de consolidação do modo de produção feudal, praticamente não ocorreram avanços no estudo da causalidade. Os princípios hipocráticos não conservados em nível de explicação teórica, e a prática clínica são completamente abandonados. Sob a influência do Cristianismo, a medicina volta a se revestir do caráter de uma prática religiosa. No final deste período, com o número crescente de epidemias que assolam a Europa, retorna-se à questão da causalidade das doenças. Os eixos das preocupações médicos são as questões relativas às doenças infecciosas.

É patente a noção de que a doença poderia ser produzida por meio de contágio entre os homens, isto é, o homem doente era capaz, por algum modo, de provocar a doença nos demais. Quanto às causas, as explicações encontradas iam desde a influência da conjugação de certos planetas, até o envenenamento dos poços pelos leprosos e judeus ou pelas bruxarias dos denominados.

No *Renascimento*, a medicina volta a ser exercida predominantemente por leigos, e são retomados os experimentos e as observações anatômicas que resultarão na formação das ciências básicas.

Na tentativa de elaborar uma explicação para a disseminação das doenças epidêmicas, concebe-se a existência de partículas invisíveis, responsáveis pela produção das doenças e que atingem o homem de diferentes maneiras (contágio direto, por fômites ou outros veículos).

Estamos, novamente, diante de uma formulação da causalidade, em que um fator externo ao organismo penetra nele determinando o aparecimento da doença. Em certo sentido, a concepção hipocrática mais totalizadora fica relegada. Interessa, agora, descobrir a origem destas matérias contagiosas. Outra vez, o organismo humano é o receptáculo da doença, pouco se podendo fazer para evitá-la.

Do desdobramento destas elaborações teóricas iniciais sobre o contágio, vai surgir a *teoria miasmática*, que será hegemônica até o aparecimento da bacteriologia, na segunda metade do século XIX.

Durante todo o século XVIII, os estudos médicos voltam-se para a compreensão do funcionamento do corpo humano e das alterações anatômicas sofridas durante a doença. O estudo das causas cede lugar à prática clínica. As pesquisas científicas interessam-se pela localização das sedes das doenças no

organismo e voltam-se para desvelar a linguagem dos sinais e sintomas clínicos. O método clínico, por seu próprio caráter intensivo e singular, não propicia a abordagem das questões relativas às causas das doenças, pois estas se dão no plano coletivo, não sendo, portanto, verificáveis na dimensão particular do individual.

No final do século XVIII, após a Revolução Francesa, no contexto da crescente urbanização dos países europeus e da consolidação do sistema fabril, aparece, com força crescente a concepção de causa social, isto é, das relações entre as condições de vida e trabalho das populações e o aparecimento de doenças.

Ao lado das condições objetivas de existência, o desenvolvimento teórico das ciências sociais permitiu, no final do século XVIII, a elaboração de uma teoria social da Medicina. O ambiente, origem de todas as causas de doença, deixa, momentaneamente, de ser natural para revestir-se do social. É nas condições de vida e trabalho do homem que as causas das doenças deverão ser buscadas.

Necessário é lembrar que a concepção miasmática da causalidade permanece hegemônica, enquanto a medicina social aparece entre os revolucionários ligados aos diversos movimentos políticos do final do século XVIII e primeira metade do século XIX.

Os fatores externos que até então vinham sendo responsabilizados pela produção das doenças tem seu papel minimizado, sua ação só se traduzirá em doença onde e quando o contexto social permitir que tal fato ocorra.

Com a derrota dos movimentos revolucionários, a Medicina Social, praticamente, teve seu desenvolvimento retardado. As denúncias cada vez mais freqüentes, e de certo modo inegáveis, de que as condições de vida e trabalho estavam levando ao desgaste do proletariado, comprometendo até mesmo sua reprodução, serão absorvidas pelos governos. Entretanto, as respostas dadas a elas

não serão a transformação da organização social, mas as medidas sanitárias e a legislação trabalhista.

As descobertas bacteriológicas ocorridas na metade do século XIX irão deslocar de vez as concepções sociais, restabelecendo com redobrada força o primado das causas externas representadas por partículas que podem provocar o aparecimento de doenças. Para a ciência dominante, a bacteriologia veio liberar a medicina dos complexos determinantes econômicos, sociais e políticos que a impediam de desenvolver-se cientificamente.

A questão da causalidade fica reposta em termos bem mais simplificados: para cada doença, um agente etiológico deverá ser identificado e combatido, por meio de vacinas ou produtos químicos.

A insuficiência dessa formulação *unicausal* só ficará evidente no início do século XX, quando se dará o retorno às condições multicausais, sem que, entretanto, se recupere o conceito de causa social.

2.5.2 A Multicausalidade

Durante todo o século XX, a noção de *multicausalidade* das doenças será dominante no campo da Epidemiologia.

As formas sob as quais o conceito será apresentado irão sofrendo transformações ao longo dos tempos. De qualquer modo, o que há de mais característico nos diferentes modelos é a tentativa de redução do social e sua descaracterização através de construções históricas e biológicas.

A primeira destas formulações do conceito de multicausalidade aparece no modelo da “balança” elaborado por Gordon, na década de 20.

A Saúde é vista, neste modelo, como um estado de equilíbrio entre fatores diversos e múltiplos. A doença ocorre quando o equilíbrio é alterado por uma mudança na força com que opera um ou mais destes fatores. São reconhecidos três tipos de fatores: os do agente, os do hospedeiro e os do meio-ambiente.

Gordon (1949) empregou a analogia de uma balança, onde o fulcro é representado pelos fatores do meio-ambiente e em cada prato estão colocados os fatores do agente e do hospedeiro, respectivamente.

A doença pode surgir por desequilíbrios que aumentam o peso dos fatores relacionados ao agente ou ao hospedeiro, ou por deslocamento dos fatores do meio-ambiente na direção de um ou outro destes fatores.

Este modelo representa uma simplificação exagerada do processo complexo de causação, além de ser extremamente mecanicista. Nesta concepção, os fatores são tomados isoladamente, como se não houvesse interações entre eles e, na prática, apenas um tipo de fator, aquele de maior peso, atuasse na produção da doença. Desta forma, a multicausalidade vê-se reduzida à unicausalidade, com a única diferença de serem admitidas outras causas que não, apenas, a presença do agente etiológico.

No início do século XX, uma outra ordem de fatores causais passa a ser agregada ao conceito de multicausalidade: os fatores psíquicos. Assim é que o movimento da Medicina Integral, nos Estados Unidos, na década de 40, vai definir o homem como “ser bio-psico-social”.

Novamente, o social vai aparecer como atributo do homem e não como essência humana. O homem que tem um corpo biológico também tem funções psíquicas e atributos sociais, tais como ocupação, renda, instrução e outros.

Outro modelo em que o conceito de multicausalidade se exprime é aquele proposto por MacMahon (1960), sob a denominação de Rede de Causalidade:

[...] torna-se evidente que as cadeias lineares de causação representam somente uma fração da realidade, e que a genealogia toda poderia ser pensada mais propriamente, como uma rede que em sua complexidade e origem está muito além de nossa compreensão.

Apesar de admitir a existência de relações de interação recíprocas entre os múltiplos fatores envolvidos na causação da doença, MacMahon assume o ponto de vista positivista, negando a possibilidade de conhecimento das causas. Mais do que isto, ele afirma que tal conhecimento nem sempre é necessário para que as medidas de controle possam ser tomadas. “Afortunadamente, para executar medidas preventivas, não é necessário compreender os mecanismos causais em sua integridade”.

Este tipo de formulação respondia às necessidades objetivas da época. Para atuar sobre as doenças, bastava identificar na rede de causalidade um componente mais frágil à intervenção, sem que fosse preciso alterar todo o conjunto de fatores envolvidos.

O modelo mais acabado do conceito de multicausalidade é o modelo ecológico no qual as inter-relações entre os fatores são apresentadas sob a forma de um sistema fechado com um retorno regulador. A atividade e a sobrevivência dos agentes e hospedeiros dependem do ambiente, são alteradas por ele e, por outro lado, também alteram o ambiente em que se encontram.

O modelo ecológico processa uma redução naturalista na interpretação das relações sociais que o homem estabelece com a natureza e os outros homens,

na produção de sua vida material. Todos os elementos da relação são colocados num mesmo plano ahistórico, intemporal onde a vida humana fica reduzida à sua condição animal. A produção social do homem se reduz, somando-se aos fatores do meio ambiente. As determinações sociais, “naturalizadas” no conceito de multicausalidade, perdem inclusive seu potencial de crítica.

A distribuição triangular dos elementos introduz no modelo uma racionalidade coerente com a ideologia capitalista, na medida que:

- reduz o elemento homem à sua condição animal, biológica, transferindo para “meio-ambiente” sua condição de produtor, expressa pelos padrões de consumo de que desfruta, como consequência de sua inserção na produção. Desta forma, o Homem, reduzido a um ser de categoria natural, pode ser classificado segundo critérios naturais, tais como idade, sexo e raça;
- produz uma ruptura entre o sujeito social e seus produtos, obscurecendo a origem social da produção cultural, ou seja, os fatores do meio-ambiente também aparecem como naturais;
- reduz os agentes etiológicos à sua condição biológica, negando a ela historicidade e atribuindo-lhe apenas caráter ecológico.

Esta manobra ideológica tem como consequência à crença de que a população de um ecossistema (agentes e hospedeiros) não apresenta outras variações que as exclusivamente naturais.

Estas conclusões são duplamente úteis ao capitalismo, porque escondem as profundas diferenças de classes que resultam da organização produtiva e permitem uma atuação limitada com relação aos problemas de saúde. Uma vez que

as alterações do homem são exclusivamente biológicas e as relações entre agente, hospedeiro e meio se dão no plano ecológico, pode-se atuar sobre todos estes fatores com medidas ecológicas, sem necessidade de modificar a organização social.

O modelo ecológico não permite uma interpretação fiel da realidade para transformá-la. Quando muito, permite tarefa reformista, compatível com a dominação sutil e tecnificada do capitalismo.

As críticas ao modelo ecológico intensificaram-se no final da década de 60, visando a uma reformulação da compreensão do processo saúde-doença, de tal forma que os conhecimentos epidemiológicos, possam estar mais de acordo com os interesses populares, orientando novas práticas de intervenção.

Novamente, como na época de Pasteur, defrontam-se duas concepções de causalidade. De um lado, o modelo ecológico, com seu caráter ahistórico e biologizante; de outro, o modelo de determinação social, com maior poder explicativo, porém com uma potencialidade transformadora da prática epidemiológica que não interessa aos grupos dominantes. É em torno desta tarefa de transformação conceitual, metodológica e das práticas da Epidemiologia que os profissionais da Medicina Social se colocam hoje.

2.5.3 O “Olhar” da Epidemiologia

A consecução dos objetivos da Saúde Preventiva é auxiliada pela epidemiologia. As contribuições da epidemiologia para a medicina preventiva foram reforçadas pela aceitação generalizada de seu moderno conceito, pela compreensão

de seus princípios e pela extensão de sua utilidade. A epidemiologia propõe uma forma sistemática de descrever o que se sabe a respeito da história natural de uma doença e uma metodologia científica para o preenchimento de lacunas no conhecimento dos elementos da história natural.

O conceito moderno da epidemiologia baseia-se no significado etimológico da palavra, que quer dizer “a ciência dos fatores que exercem seus efeitos no, sobre ou para o povo”. Os pormenores básicos do desenvolvimento histórico do moderno conceito são apresentados em “The History of American Epidemiology”. Durante muitos anos, a epidemiologia clínica foi definida como sendo a ciência ou doutrina médica da epidemia. Sua principal função era investigar epidemias, com o objetivo de descobrir suas fontes, limitar sua propagação e introduzir medidas de controle das epidemias existentes, assim como evitar sua futura ocorrência. Esta ainda é uma finalidade importante, mas os modernos conceitos, princípios, definições e aplicações práticas dos métodos epidemiológicos ampliaram-se progressivamente, em um período de muitos anos.

A primeira ampliação do uso da epidemiologia foi representada por sua passagem dos estudos epidêmicos à consideração das fases *endêmicas* das doenças *epidêmicas*. A segunda caracterizou-se aplicação da epidemiologia às doenças infecciosas que ocorrem apenas em forma epidêmica. Da terceira ampliação, resultaram o seu moderno conceito e aplicação.

Entre os epidemiologistas modernos, que definem seu campo com base nos modernos conceitos, princípios e aplicações dos métodos epidemiológicos onde a epidemiologia é o campo da ciência médica referente às relações entre os vários fatores e condições e ocupa-se das circunstâncias em que as doenças ocorrem, nas quais elas tendem ou não a florescer. Mesmo os fatores religiosos ou

políticos devem ser considerados, desde que se note que eles têm alguma influência sobre a prevalência da doença.

Gordon (1949):

A epidemiologia, concebida como a disciplina científica referente ao comportamento coletivo da doença e da invalidez em grupo de pessoas torna-se, assim, uma parte da ecologia humana; especificamente, da ecologia médica [...] Ecologia é a disciplina biológica que trata das relações mútuas dos vários organismos que vivem em um ambiente e de sua reação ao meio circundante animado e inanimado. É a influência do meio ambiente total sobre o comportamento das coisas vivas.

A epidemiologia é um campo da ciência que trata dos vários fatores e condições que determinam a ocorrência e a distribuição de saúde, doença, defeito, incapacidade e morte entre os grupos de indivíduos. Foi, certamente, a partir do uso corrente, que esta definição e o conceito de epidemiologia estenderam-se para além de sua aplicação original. A importância do moderno conceito de epidemiologia é demonstrada pela aplicação corrente dos princípios e métodos epidemiológicos ao estudo de doenças não transmissíveis: câncer, doenças cardíacas, hipertensão essencial, deficiências de nutrição, arteriosclerose e outras moléstias. Sua aplicação às doenças mentais, acidentes, problemas dentários, defeitos congênitos e saúde acentuou sua contribuição para a solução de outros problemas, além dos relativos a doenças específicas.

A aplicação da epidemiologia a doenças específicas depende da premissa de que os desvios da saúde resultam de interações dos agentes patológicos (animados e inanimados), do homem e do meio ambiente total, em seus aspectos físicos, econômicos sociais e biológicos. A compreensão profunda da história natural e da prevenção de doenças, defeitos ou invalidez do homem, exige um conhecimento das condições naturais específicas em que tais distúrbios aparecem e persistem, assim como das circunstâncias e condições em que elas não ocorrem.

Para conseguir este tipo de informação, especialmente para a Medicina Preventiva, são necessários que se possam integrar os fatos, e observações elaboradas, por muitas disciplinas científicas com a ocorrência de doenças, por idade, raça, sexo, outras características do hospedeiro e detalhes do meio ambiente local. A combinação de dados dessa natureza proporciona os fatos e características fundamentais da doença. Uma das funções da epidemiologia é colecionar uma variedade de dados de diversas fontes, construir cadeias de inferência lógica, para explicar os múltiplos fatores na causalidade da doença e, deste modo, contribuir para a medicina preventiva.

2.5.3.1O Enfoque da Epidemiologia

Na epidemiologia, o foco da observação é um grupo de indivíduos e esta abrange o grupo como um todo, incluindo os elementos afetados e os não afetados. Os fenômenos coletivos são considerados em termos do tipo, extensão e frequência da ocorrência em relação a sexo, raça, ocupação, hereditariedade, hábitos pessoais, *status* sócio-econômico, clima, estação, condições atmosféricas, etc.. Embora os enfoques clínicos e epidemiológicos sejam diferentes, seus objetivos se assemelham em muitos aspectos. A observação do indivíduo visa à obtenção do diagnóstico clínico e a uma melhor compreensão do curso natural da doença, a fim de que o indivíduo possa ser adequadamente tratado, evitando-se, assim, o agravamento, a invalidez ou a morte. Em epidemiologia, são feitas observações, tanto dos indivíduos enfermos, quanto dos sadios, como membros de grupos, a fim de se obter um “diagnóstico epidemiológico” e uma melhor compreensão de todos os pormenores

da história natural da doença e da extensão e significância do problema, de tal forma que possam ser tomadas medidas para instituir a prevenção em um nível precoce, preferentemente no período de pré-patogênese e solucionar o problema. Deve-se enfatizar que o sucesso das observações epidemiológicas na antecipação de medidas preventivas depende da precisão do diagnóstico clínico.

A linha divisória entre a medicina clínica e a epidemiologia não é muito clara, especialmente quando se adota o conceito de epidemiologia clínica. Em epidemiologia, seja ela clínica ou convencional, a esfera de interesse foi ampliada, para incluir, não apenas a fase de interação hospedeiro-agente, mas também os aspectos ambientais que tenham afetado, ou criado esta interação. Este ponto de vista mais abrangente é necessário para a aplicação de medidas de prevenção e controle, não só à comunidade, mas também ao indivíduo e sua família. O exercício da medicina e da odontologia exige informações epidemiológicas para o cuidado dos pacientes e de suas famílias.

2.5.3.2 Princípios da Epidemiologia

Os princípios da epidemiologia como área científica estão ligados aos princípios básicos da ciência: *observação exata* (estrita, vigorosa, acurada, precisa); *interpretação correta* (livre de erro); *explicação racional* (inteligente, sensata, razoável); e *sistematização científica* (por meio de conhecimento especializado e habilidade técnica). O método científico é o mesmo, qualquer que seja o problema (uma epidemia, algum aspecto de moléstia contagiosa ou não contagiosa ou problemas de Saúde Ocupacional, administrativo, experimental, clínico ou de Saúde

Pública); qualquer que seja o objetivo (pessoa, microrganismos, substância químicas ou registros); e qualquer que seja o local (hospital, centro de saúde, consultório, clínica, indústria, escritório, lar ou comunidade).

2.5.3.3 Aspectos de Coleta da Epidemiologia

Antes da coleta de dados para a descrição da ocorrência e da distribuição, é essencial colher dados de outras fontes, para assegurar a propriedade da descrição, da análise e da construção. Para a ação epidemiológica científica, devem ser tomadas informações de muitas fontes importantes: (1) da *medicina clínica*, a fim de serem obtidos detalhes dos diagnósticos clínicos, para descrições epidemiológicas da distribuição de doenças e desordens; (2) da *bacteriologia*, da *entomologia*, da *parasitologia*, da *zoologia*, etc., para informações sobre a natureza, características, fontes e modos de transmissão de agentes vivos de doenças; (3) da *química*, da *física*, da *nutrição*, e da *medicina industrial*, para informações sobre riscos ocupacionais; (4) da *demografia*, para dados concernentes à composição e características de populações; (5) da *antropologia* e da *sociologia*, para informações sobre os hábitos, costumes e características culturais e sociais de grupos populacionais; (6) da *genética* e da *psicologia*, para informações sobre as características pessoais que possam influenciar a ocorrência de moléstias; (7) da *meteorologia*, para dados sobre as condições atmosféricas e climáticas relacionadas com a ocorrência de doenças; (8) da *bioestatística*, porque é um instrumento fundamental e essencial da epidemiologia, no que concerne a seus princípios

descritivos, analíticos e construtivos; e (9) da *estatística vital*, para dados sobre natalidade, morbidade e mortalidade.

2.5.3.4 Aspectos Descritivos, Analíticos e Construtivos da Epidemiologia

A Epidemiologia é uma ciência descritiva, analítica e construtiva, porque coleta dados para descrever adequadamente a ocorrência e a distribuição de doenças, para explicar as causas da ocorrência e da distribuição de enfermidades e para construir novos conhecimentos dos detalhes da sua história natural, através de uma análise apropriada.

A Epidemiologia é uma ciência descritiva, na medida em que avalia a ocorrência e distribuição de Saúde, doenças, desordens, defeitos, incapacidade, morte e outros problemas. A coleta apropriada e sistemática, a classificação e o arranjo sistemático dos dados para a descrição é uma qualidade característica e uma função básica da epidemiologia. Tais dados incluem estatísticas de morbidade e mortalidade, que fornecem informações sobre as variações temporais da doença, em relação a vários fatores relacionados com o hospedeiro e o meio ambiente (idade, raça, sexo, naturalidade, estado civil, ocupação, áreas geográficas e *status* social e econômico). Através da análise epidemiológica, todos os conhecimentos sobre os fatores ligados ao agente, ao hospedeiro e ao meio ambiente, relativos a história natural de uma doença, são agregados para planificação da estratégia de solução dos problemas de Saúde da comunidade ou para a determinação das falhas no conhecimento da história natural e das medidas preventivas aplicáveis.

Deve-se salientar que a Epidemiologia nunca é exclusivamente uma ciência descritiva. A coleta de dados, para a descrição epidemiológica da ocorrência e distribuição, não tem apenas esta finalidade, mas também a análise precisa e cuidadosa, para a obtenção de um melhor entendimento da natureza do problema, de sua significação e dos importantes fatores causais, a fim de tomar medidas adequadas (“diagnóstico” coletivo, antes do “tratamento” coletivo).

É essencial fazer uma análise minuciosa de todos os fatores relativos ao agente, ao hospedeiro e ao meio ambiente, a fim de descobrir, quais deles apresentam influência sobre a incidência e a distribuição. A análise, por sua vez, conduz aos métodos epidemiológicos de aquisição de novos conhecimentos.

A Epidemiologia é uma ciência experimental dinâmica. Ela não deve nunca se limitar à descrição de informações existentes. Deve ir além da evidência incerta e incompleta, a fim de preencher os vazios de conhecimento, para uma prevenção e soluções mais efetivas para os problemas. Este é o método de ganhar novos conhecimentos, através da abordagem epidemiológica na pesquisa científica. O modo de aplicar os princípios construtivos é usar esta abordagem pela aplicação de métodos epidemiológicos. Um método é um procedimento sistemático.

O procedimento sistemático na epidemiologia construtiva está diretamente relacionado com os princípios de coleta, de descrição e de análise. Seus princípios baseiam-se no corpo de conhecimentos existente, que leva a uma definição da natureza, extensão e significância do problema e à estruturação de questões para as quais devem ser encontradas respostas. É essencial avaliar criticamente as informações já disponíveis sobre o assunto, para descobrir as falhas do conhecimento. Isto leva, por seu turno, à formulação de hipóteses e à nova coleta e análise de dados, para testar as hipóteses e estabelecer conclusões definitivas e

aplicações práticas. A epidemiologia deve fornecer a estratégia para a ação. Como na medicina clínica, na qual as informações físicas, sociais, pessoais e experimentais são reunidas de forma sistemática, para estabelecer certos fatos, com vistas ao tratamento, na epidemiologia os dados são coletados de várias fontes, para estabelecer fatos, com finalidades preventivas.

Do mesmo modo, o *epidemiologista clínico* deve reunir variedade de fatos relacionados, para facilitar o exercício de sua influência sobre a situação que é responsável pela doença de seu paciente.

O diagnóstico diferencial exige que se dê atenção a todos os fatos pertinentes, de modo a poder encontrar uma explicação para o problema que se tem em mãos. Este problema pode referir-se a um paciente, uma comunidade, uma doença ou uma epidemia. A decisão estratégica sobre quando e onde a ação será mais eficaz exige que as informações colhidas sejam classificadas, tabuladas e analisadas a fim de se obter na epidemiologia os diagnósticos clínicos.

A Epidemiologia depende de um bom diagnóstico clínico e o clínico deve, necessariamente, utilizar conhecimentos epidemiológicos em sua assistência diária a pacientes e suas famílias, na luta contra doenças, defeitos, invalidez e morte. A epidemiologia fornece a análise estratégica; a Medicina Clínica e a Saúde Pública mostram os aspectos táticos ou os detalhes específicos de como deve ser dirigida a ação, em bases individuais ou coletivas. Não há nenhuma implicação de que os clínicos e os epidemiologistas tenham objetivos diferentes. Tudo o que for descoberto através do estudo do indivíduo pode, em grau considerável, ser aplicado ao grupo do qual ele faz parte e tudo o que for descoberto no estudo de grupos de indivíduos pode ser aplicado aos indivíduos que os compõem. As abordagens

individual e grupal precisam de colaboração na formulação de princípios de medicina preventiva que possam ser aplicados em bases individuais e comunitárias.

❖ A Epidemiologia Como Método (Epidemiologia Construtiva)

A coleta de dados existentes sobre o agente, o hospedeiro e o meio ambiente são, realmente, um método utilizado em epidemiologia, para estimar os problemas sanitários da comunidade, descrever e analisar variações temporais de doenças e ordenar de forma progressiva as informações conhecidas sobre a história natural, para descobrir falhas no conhecimento e aplicar medidas preventivas. O uso da palavra *método* segue a definição encontrada nos dicionários: “Um procedimento ou processo sistemático, uma via ou modo de fazer qualquer coisa, a partir de uma forma estabelecida de procedimento, tal como em uma investigação”. O método epidemiológico, no sentido em que é utilizado aqui, refere-se à aplicação de princípios científicos às investigações de condições que afetam grupos dentro da população, através da coleta dos dados para análise e da pesquisa científica.

Três linhas de investigação de problemas de *saúde* e *doença*, que podem levar a medidas preventivas mais eficientes, têm sua origem comum nos princípios científicos de observação exata, interpretação correta, explicação racional e construção científica. Estas três abordagens, que diferem no foco de observação, são a observação *clínica* do doente, as observações *experimentais* dos agentes patológicos e as observações *epidemiológicas* (pesquisas de campo) dos grupos populacionais. As três são complementares e, em conjunto, contribuem para o corpo de conhecimentos sobre *saúde* e *doença*.

❖ **A Epidemiologia como Corpo de Conhecimentos (Epidemiologia Descritiva e Analítica)**

O conjunto de informações sobre a história natural de qualquer desordem abrange fatos resumidos a partir de muitas fontes, para descrever os fatores relativos ao agente, ao hospedeiro e ao meio ambiente, importantes na origem e desenvolvimento da doença. A coleta e o arranjo sistemático destes dados é uma função básica da epidemiologia e os dados coletados para as três classes de fatores gerais (agente, hospedeiro, meio ambiente) e uma relação quantitativa e epidemiologia descritiva.

A exploração biológica de doenças contagiosas tem tido aceitação universal, o conceito foi ressaltado por Gordon e LeRiche (1949) que, estando as doenças contagiosas em conformidade com leis biológicas e podendo ser interpretadas em termos de ecologia médica, segue-se que outras doenças, afetando grupos de indivíduos, podem ser abordadas de maneiras similares. Este conceito ecológico baseia-se nas três premissas das leis biológicas:

- Que a doença resulta de um desequilíbrio entre os agentes patológicos e o homem (o hospedeiro humano);
- Que a natureza e extensão do desequilíbrio dependem da natureza e das características do hospedeiro e dos agentes;
- Que as características do agente e do hospedeiro (homem) e sua interação estão diretamente relacionadas e dependem, grandemente, da natureza do meio ambiente físico, social, econômico e biológico. O meio ambiente serve para fazer a aproximação entre certos agentes e o hospedeiro e influenciar suas características e inter-relações. No caso

de doenças contagiosas, a reação ocorre entre um organismo animado, o homem, e um agente patológico inanimado.

Este é um conceito dinâmico e pode ser exemplificado pelo princípio familiar da alavanca e do ponto de apoio, no qual o equilíbrio da Saúde depende dos pesos em cada extremidade da alavanca e da posição do ponto de apoio. Uma mudança em qualquer destes elementos perturba o equilíbrio. A epidemiologia descritiva inclui a montagem deste conjunto de conhecimentos, em termos da história natural da doença e a análise dos dados coletados, com relação à saúde e à doença.

2.5.3.5 Fatores Causais Relativos ao Agente

Um agente patológico é um elemento, uma substância, cuja presença ou ausência pode, em seguida a um contato efetivo com um hospedeiro humano suscetível, em condições ambientais favoráveis, servir de estímulo ao início ou perpetuação de um processo patológico. O agente de uma doença pode ser classificado como biológico, nutriente, químico, físico ou mecânico. As características bem conhecidas dos organismos patogênicos vivos que são importantes na produção de doença têm seus correspondentes em agentes inanimados da doença.

❖ Os Hábitos e Costumes na Etiologia da Doença

Uma análise epidemiológica das causas de qualquer perturbação leva em consideração os hábitos do homem e os costumes de sua sociedade que podem favorecer o desenvolvimento de um processo de doença. Os hábitos relacionados à alimentação, à maneira de cozinhar, à refrigeração, à limpeza e à pasteurização condicionam a ocorrência e a distribuição da doença numa população.

❖ Características de Idade, Sexo e Raça

A coleta e a análise de dados sobre idade, raça e sexo, em relação à ocorrência e à distribuição de doenças, tem sido, há muito tempo, uma função importante da epidemiologia. Verificou-se que esses atributos do hospedeiro determinam, em grau considerável, o início, o tipo e o curso de algumas doenças. Há doenças predominantes em certos grupos de idade. As alterações na distribuição de idade de uma população são refletidas em suas doenças.

O sexo do hospedeiro exerce influência na origem e no desenvolvimento da doença.

Os efeitos aparentes da raça ou origem étnica sobre a doença estão relacionados tão intimamente com costumes sociais e desenvolvimento cultural, que a separação é difícil. Deve-se tomar, portanto, um cuidado considerável na suposição de uma associação entre a raça e os vários aspectos de desenvolvimento da doença. Por exemplo, foi demonstrado que os índices de sífilis são mais altos nos negros do que nos brancos de igual idade e sexo, mas as associações não foram

baseadas na raça, mas em diferenças ambientais significativas. Contudo, uma perturbação peculiar ao negro é a anemia falciforme.

O conhecimento quantitativo desses atributos básicos do hospedeiro constitui informação Epidemiológica Fundamental e Específica, quando tais atributos são relacionados a outras variáveis associadas com a história natural da doença. Seus relacionamentos são expressos em termos de morbidade e mortalidade. Sua utilidade depende da exatidão da informação. O primeiro requisito é que uma perturbação seja reconhecida quando ela ocorre; o segundo, que todos os casos que ocorrem sejam relacionados ao número de indivíduos em risco. Os índices tais de ataque, de mortalidade e de prevalência têm sido criados para definir esses relacionamentos e facilitar o raciocínio sobre eles.

❖ Fatores Relacionados com o Estado Civil

A morbidade e mortalidade de muitas doenças são diferentes entre os indivíduos solteiros, casados, viúvos e divorciados. O estado civil pode ou não ser um fator causal e é importante estudá-lo, tanto nos indivíduos afetados quando nos não afetados em relação a outro hospedeiro e também em relação a fatores ambientais.

❖ Fatores Ocupacionais

Estes podem estar entre os Fatores Básicos relacionados à causa de certas Doenças. O desemprego, por exemplo, conduz um *status* social mais baixo, o

que pode tornar-se um fator na ocorrência da doença. Os hábitos de trabalho dos indivíduos e as condições sob as quais eles o realizam, relacionado ou não a agentes específicos biológicos, químicos, físicos e mecânicos, podem contribuir para a causa de doenças.

Os indivíduos cujas ocupações estão relacionadas com chumbo, mercúrio, pó de sílica, derivados do benzeno e da anilina, isótopos radioativos, agentes de doenças contagiosas, máquinas, etc., correm o risco de serem afetados por esses agentes. É importante considerar os fatores profissionais do hospedeiro no estudo da história natural de muitas doenças. Outros fatores também contribuem para a causa da doença a constituição, a hereditariedade, e as características psicológicas.

❖ **Mecanismos de Defesa Gerais e Específicos**

A reação do hospedeiro humano à doença depende de mecanismos de defesa gerais e específicos, que, no caso de agentes nutrientes, pode estar refletida nas amplas margens de segurança resultantes do armazenamento de alimentos nos tecidos do corpo. A primeira linha de defesa contra agentes químicos transportados pelo ar encontra-se no trato respiratório, onde a olfação pode advertir o indivíduo da presença de gases ou fumaças nocivas. Os pêlos das narinas retêm partículas estranhas e os reflexos do espirro e da tosse são uma tentativa de expelir elementos irritantes. No trato gastrointestinal a primeira linha de defesa está nas papilas gustativas, no reflexo do vômito, na diarreia e no fator de diluição. Nas estruturas externas, a pele e suas glândulas sebáceas, o cabelo e as unhas fornecem proteção contra uma variedade de agentes infecciosos e não infecciosos. A segunda linha de

defesa contra agentes químicos pode ser o desenvolvimento de tolerância e a capacidade desintoxicante dos tecidos do corpo, juntamente com a capacidade de armazenar chumbo, bismuto, etc., nos ossos. A elasticidade e flexibilidade da pele, a força dos ossos e a mobilidade das articulações são defesas estruturais contra forças físicas.

O hospedeiro humano, inicialmente, defende-se do ataque de microrganismos através de suas defesas externas, incluindo a pele, as mucosas e as secreções. Internamente, os cílios nas passagens de ar, as secreções internas, o complexo celular e os fatores humorais que produzem imunidade contribuem para a mobilização de defesas contra organismos que foram bem sucedidos na penetração através das primeiras barreiras.

Que as numerosas características do homem pudessem ser determinadas para cada distúrbio que o afeta seria importante para promover a saúde e prevenir a doença. Muito tem sido realizado em bases individuais e comunitárias, mas, provavelmente, não se negaria que a preocupação com agentes de doença no laboratório e com as entidades patológicas classicamente descritas conduziu a alguma negligência no estudo da doença como um processo no hospedeiro humano. A necessidade de uma observação prolongada em grupos de indivíduos sob condições diferentes de saúde e doença parece evidente. Tal observação é da competência da “epidemiologia clínica” relacionada a pequenos grupos e também da epidemiologia de campo relacionada a grandes grupos.

❖ Fatores Ambientais Casuais

Uma compreensão perfeita de Doença requer uma ampla reflexão sobre a temática do ambiente visando incluir o conjunto de todas as condições externas e as influências que afetam a vida e o desenvolvimento de um organismo, etc., comportamento humano, sociedade. É possível que o ambiente, quando visto em seu todo, possa compreender a maior parte dos fatores determinantes de doença; na realidade, um conceito ecológico de doença condiciona tal teoria, pois interpreta a doença como um desequilíbrio entre os organismos vivos e o ambiente circulante. Parece mais apropriado, contudo, no estudo dos fatores que contribuem para a causa da doença, distinguir os agentes dos outros fatores existentes no ambiente. Ao mesmo tempo, deve-se notar que essa posição é uma super simplificação, pois tais agentes, vivos ou inanimados, não podem ser separados do ambiente em que surgem.

Uma interpretação clara do ambiente, como ele é visto nesta perspectiva, é a referência direta do ambiente tropical e doença contagiosa, mas os mesmos princípios e a mesma interpretação podem ser aplicados a todas as doenças de um ponto de vista epidemiológico. De acordo com este ponto de vista, o ambiente compreende quatro grandes elementos: físico, biológico, social e econômico.

A duração da vida, a imunidade contra a má saúde, e o vigor estão sujeitados, tanto à herança física e mental, quanto ao ambiente físico e social. As inter-relações múltiplas das duas forças constituem o problema tão debatido de hereditariedade versus ambiente. Não podemos medir com precisão absoluta a influência de qualquer característica inerente ou de qualquer fator ambiental, mesmo

que ele seja enorme, sem conhecer, com igual precisão a influência dos outros fatores.

Apesar da falta de relacionamentos quantitativos, pouca dúvida pode haver de que os fatores ambientais desempenham um papel maior na saúde e na doença.

a) Meio Físico

Este aspecto do ambiente abarca o clima, a estação, o tempo, a geografia e a estrutura geológica. Estes circundantes físicos do homem têm tal influência sobre a doença que, séculos depois de Hipócrates, as influências terrestres e meteorológicas ainda eram consideradas suficientes para explicar todos os fenômenos de causação de doença. O próprio Hipócrates ligava todas as variações nas enfermidades às variações na “constituição”, que ele entendia como algumas condições ambientais gerais, que eram indicadas por sinais meteorológicos. Os climatologistas modernos acreditam que o ambiente climático é tão ou mais importante para a manutenção da saúde quanto um suprimento alimentar e uma base genética adequada.

Qualquer que seja o ponto de vista definido sobre o relacionamento entre o clima, o tempo e a doença, não se pode negar que o homem é afetado por ambos e dá passos para controlar seus aspectos desfavoráveis; “nem se pode negar que a depressão vem com a queda do barômetro, o início das tempestades, o prolongamento de um verão muito quente ou a eclosão periódica dos ventos sazonais quentes. Os dias escuros são depressivos, os dias claros e brilhantes são

estimulantes, um inverno suave traz contentamento e energia e um inverno violento e frígido é exaustivo”. Os aspectos geográficos do ambiente físico têm influências diretas e indiretas na saúde. Essas influências estão relacionadas com a topografia, o caráter do solo, a quantidade e distribuição de terra e de água e o clima de uma área geográfica particular.

b) Meio Biológico

O componente biológico do ambiente é considerado como o universo das coisas vivas que circulam o homem e tudo além do próprio homem. É esse componente que provoca alguma confusão no esquema dos fatores causais da doença. O componente biológico compreende animais e plantas vivas como agentes reservatórios de agentes e vetores de transmissão. A categoria é incluída aqui por uma questão de conjunto, pois não importa, do ponto de vista prático, sob que categorias esses agentes são levados em conta. O importante na epidemiologia é que todos os circundantes biológicos do homem, uma vez classificados, sejam incluídos numa investigação de história natural.

c) Meio Social e Econômico

Os termos *social* e *econômico*, embora suscetíveis de definições diferentes, são completamente interdependentes, em sua relação com o ambiente. O componente social do ambiente relata a associação do homem com seu próximo

e, desde que a vida econômica é um determinante essencial para a existência social, parece apropriado considerá-los juntos. Um grande número de evidências apóia o ponto de vista que, com exceções importantes, quanto mais baixo o *status* sócio-econômico, maior a prevalência da doença. Às vezes, pode ser difícil distinguir causa e efeito, pois há uma pequena dúvida sobre a existência de uma associação dupla: um baixo *status* econômico favorecendo a doença e, particularmente a doença crônica, sendo um fator significativo na redução do *status* sócio-econômico.

Pesquisadores definem o *status* econômico como a posição de Graduação Social que é determinada pela capacidade de adquirir gêneros alimentícios e serviços, mas ele distingue entre o *status* de um indivíduo ou de uma família e as condições econômicas globais preponderantes na população, sem levar em conta o nível social, que pode ter uma influência definida na saúde.

Não é difícil encontrar-se, na literatura médica e sociológica, ampla evidência da associação da enfermidade com baixa renda, da incapacidade com *status* econômico baixo, da mortalidade por doenças específicas e mortalidade infantil com pobreza. A renda e a incidência de muitas doenças e da morte são inversamente proporcionais. O *status* econômico pode ser determinado numa proporção considerável pelos aspectos físicos ou sociais do ambiente. É verdade que há diferenças de *status* econômico entre pessoas do mesmo nível social. Além disso, um alto *status* econômico não assegura boa saúde, pois algumas pessoas com elevada renda podem adquirir gêneros alimentícios que prejudicam a saúde.

Do ponto de vista da epidemiologia e da medicina preventiva, não é suficiente estar a par da associação definida entre pobreza e doença. É necessário também prestar atenção à maneira pela qual esses fatores influenciam o desaparecimento da saúde e contribuem para a incapacidade e para a doença. A

elucidação destes problemas é da alçada do médico, como um especialista em epidemiologia e medicina preventiva. O papel a ser desempenhado pelo “epidemiologista clínico” já foi enfatizado previamente. A posição estratégica do departamento de saúde local e dos médicos locais na comunidade coloca-os como elos na cadeia de disponibilidades na pesquisa epidemiológica. Especialistas de vários campos são membros necessários de uma equipe epidemiológica em que as posições mais estratégicas para a observação epidemiológica são ocupadas por especialistas em medicina preventiva, que são médicos na prática da medicina e da odontologia e superintendentes de saúde. Se esses trabalhadores aplicarem o mesmo esforço para explorar a importância do agente, do hospedeiro e dos aspectos ambientais de saúde e doença que aplicaram no passado para o tratamento e controle dos estados avançados de doenças, o processo na medicina preventiva será acelerado.

O contexto Epidemiológico contempla a seguinte classificação de alguns dos fatores Sociais e Econômicos que podem estar envolvidos na Saúde e na Doença:

- Fatores que aparecem fora do ambiente social, à parte o *status* social e a estratificação social, devido a diferenças no “*status* econômico”. Esses fatores incluem o tipo de vida da comunidade, a influência da estratificação social completa, a atitude com referência a sexo e a flexibilidade nos códigos religiosos;
- Fatores essenciais que são concomitantes e resultam do sistema econômico de nossa época. Tais fatores compreendem a distribuição dos bens, o efeito dos períodos de depressão e desemprego,

oportunidades de emprego para os fisicamente mais fracos ou para os idosos e progressos na segurança social;

- Fatores que são inerentes à natureza de determinadas doenças particularmente sujeitos tanto às condições econômicas e sociais gerais, quanto às específicas;
- Fatores que aparecem independentemente dos desajustamentos na produção e distribuição de serviços curativos e preventivos;
- Fatores que são essencialmente psicológicos, embora, em grande parte, dependentes dos outros fatores mencionados. Comportamento em relação aos semelhantes, excentricidades, modas e superstições pertencem a esta categoria.

Nem sempre é possível determinar todas as influências do ambiente social que afetam a saúde e a doença, mas uma apreciação dos potenciais por parte dos médicos particulares e dos responsáveis pela Saúde Pública contribuirá muito para definir a história natural das doenças e perturbações em particular.

Se o ambiente contém ou não a ampla maioria dos fatores iniciais da doença, o efeito dos aspectos físicos, biológicos, sociais e econômicos do ambiente sobre a saúde e a doença são extremamente profundos.

Há uma base limitada, mas lógica, para o estudo do meio ambiente e sua influência sobre a doença. Esta base requereria seis categorias de estudo: os fenômenos resultantes do efeito de três fatores do ambiente – físico, biológico e sócio-econômico – da maneira que cada um age sobre o hospedeiro e o agente. Embora estas categorias não levem em conta o efeito de um componente ambiental sobre outro, estão de acordo com uma abordagem biológica para a causa da

doença, mostrando o equilíbrio das forças dos três elementos básicos na ocorrência e distribuição da doença. Quando esse equilíbrio é desfeito em favor do hospedeiro humano cai a ocorrência da doença, quando o desequilíbrio favorece o agente, a ocorrência aumenta até que o equilíbrio se restabeleça. O processo dinâmico da doença no homem reflete-se na população por grupos de indivíduos, em várias fases do processo, algumas reconhecidas e outras abaixo do limiar de detecção. A determinação do índice de ocorrência da doença na população, em termos de variáveis demográficas e pessoais, é uma parte essencial da análise epidemiológica.

2.5.4 Usos Específicos dos Princípios e Métodos Epidemiológicos

Os Princípios e Métodos Epidemiológicos podem ser aplicados de várias maneiras específicas para utilizar os objetivos e propósitos da epidemiologia. Embora esta esteja, básica e primariamente, relacionada com todos os fatores e condições que influenciam a ocorrência e distribuição da saúde, da doença, da perturbação, da deficiência, da incapacidade e da morte, seus usos não estão limitados a esses assuntos. Os Princípios e Métodos Epidemiológicos podem ser aplicados a problemas relacionados com a administração, a sociologia, o bem-estar, a educação, a indústria e com outros campos. Estes usos não estão restritos à determinação da *epidemiologia* dos assuntos aos quais eles são aplicados, mas servem para fornecer informação para uma ação útil.

2.5.5 Usos da Epidemiologia

Estudar as variações temporais na ocorrência e na distribuição. Este uso diz respeito, tanto às tendências histórica, quanto às flutuações atuais do tempo. A ocorrência das doenças e perturbações nas populações varia tanto em períodos longos, quanto em períodos curtos. *Tendências seculares* são mudanças durante longos períodos de tempo e são, normalmente, descritas em termos de mortalidade, porque as certidões de óbito, para muitas condições, constituem a maior fonte de informações. É importante que se tome muito cuidado ao tirar conclusões de variações assim registradas, pois os métodos de diagnóstico, a terminologia, os registros e os métodos de registro mudaram muitas vezes. As variações sazonais são características de muitas doenças e perturbações. Muitas doenças contagiosas têm variações sazonais características, alcançando uma ocorrência máxima, mais ou menos na mesma quadra em cada ano. As variações sazonais em acidentes e em suicídios também foram observadas. É interessante que as doenças transmitidas de maneira similar podem ter seus picos em estações diferentes. O pico da difteria, por exemplo, ocorre no final do outono; da escarlatina, no inverno; e do sarampo, no início da primavera. A febre tifóide e as outras infecções relacionadas ao trato digestivo têm seus picos no verão e a poliomielite no início do outono. Os acidentes automobilísticos têm uma periodicidade anual regular; por exemplo, em Massachusetts, há um aumento no inverno, o pico ocorrendo em novembro ou dezembro. Para o suicídio, a primavera parece ser o período de incidência máxima.

Fazer um diagnóstico comunitário da presença, natureza e distribuição da saúde e da doença. Este uso consiste na coleção, descrição e análise de informação sobre a ocorrência e a distribuição na população, em relação às características do

agente, do hospedeiro e do ambiente. Para diagnósticos comunitários, a importância de uma doença é, normalmente, determinada pela extensão de sua incidência, prevalência e mortalidade por idade, raça, sexo, naturalidade, estado civil, áreas geográficas, variações temporais e fatores socioeconômicos.

d) Busca das causas de Saúde e Doença

Muitos fatores influenciam a ocorrência e a distribuição da saúde, da doença, de distúrbios, perturbações, incapacidades e morte. Os grupos de fatores que são responsáveis por estas condições podem ser considerados influências múltiplas de etiologia complexa ou causas múltiplas. É essencial procurar todos os agentes, hospedeiros e elementos ambientais do mecanismo causal, para determinar todos os detalhes da história natural e da prevenção. Devido a muitos destes fatores importantes poderem influenciar a ocorrência e a distribuição, parece preferível considerar, antes, a possibilidade de causas múltiplas do que de uma só causa. O agente pode ser um fator essencial, mas não é o único fator causador. Os elementos do hospedeiro e o ambiente podem ser componentes fundamentais dos mecanismos causais.

e) Estimativa de Riscos e as Possibilidades do Indivíduo

O propósito deste uso é estimar as possibilidades que alguns tipos de indivíduos terão, sob certas condições, de sofrer de enfermidades específicas,

perturbações ou acidentes. É também uma estimativa das probabilidades de morte e probabilidades de vida. Estas probabilidades só podem ser estimadas por uma cuidadosa coleta de análise crítica da incidência, prevalência e índices de mortalidade entre os afetados e os não afetados.

f) Complementação do Quadro Clínico

Os detalhes do quadro clínico completo de uma doença não são, normalmente, vistos entre os pacientes que buscam cuidados médicos. Alguns dos indivíduos, nos vários estágios do processo de uma doença, podem jamais ter buscado tais cuidados. Por isso, é importante ter uma análise da população para completar o quadro clínico. É essencial seguir os princípios epidemiológicos num estudo tanto do doente quanto do não doente, tanto do tratado quanto do não tratado, e de todos os estágios, sinais e sintomas da doença, para verificar todos os detalhes do período patogênico da história natural. Uma prevenção e um controle adequados requerem informação sobre a história natural.

g) Esclarecimento das Síndromes Clínicas

O esclarecimento das síndromes clínicas, que incluem todos os sinais e sintomas que ocorrem juntos e caracterizam uma doença, pode ser aperfeiçoado por estudos de todos os aspectos da doença e circunstâncias concomitantes, para distinguir perturbações similares e auxiliar em diagnósticos diferenciais. Esta

tentativa é importante, porque algumas doenças são caracterizadas por sinais e sintomas que se parecem intimamente com os de outras doenças, por meio de um estudo de detalhes da história natural. Tal estudo requer uma investigação de todos os agentes, hospedeiros, e fatores ambientais, tanto do período pré-patogênico quanto do período patogênico.

h) Problemas de Administração (Pesquisa Operacional)

Este uso está inicialmente relacionado à avaliação, incluindo na maior parte dos aspectos administrativos das instalações sanitárias; os programas de controle de doenças numa comunidade; a eficiência da administração hospitalar com referência aos cuidados médicos; equipamento, pessoal, registros e espaço, e outras práticas administrativas.

i) A importância e as interações de todos os agentes, hospedeiros e fatores ambientais

Este uso é a aplicação inicial dos princípios epidemiológicos e está relacionado com todos os outros usos da epidemiologia. É muito importante colecionar esta informação de varias fontes, dispô-las de uma forma ordenada e ir além da descrição, analisando-a cuidadosamente com propósitos construtivos, para determinar por que e como essas ações preventivas eficientes podem ser bem sucedidas.

j) Os estágios pré-clínicos, Subclínicos e Incipientes da Doença

Esta investigação envolve o exame de grupos em hospitais e clínicas e de grandes parcelas da população em laboratório apropriado e outros procedimentos para detectar a evidência de estágios pré-clínicos, subclínicos e incipientes dos processos de doença. O objetivo básico é uma detecção precoce para prevenir uma progressão posterior.

Estudar as atitudes sociais, o comportamento social e os problemas de Educação Sanitária. Esta é uma ilustração excelente dos usos da epidemiologia. Os métodos epidemiológicos e uma tentativa de estudo de educação sanitária foram apresentados na Seção de Epidemiologia da American Public Health Association (Associação de Saúde Pública Americana) de São Francisco, em 1960. A natureza, a extensão e a significação do problema, as questões a serem respondidas, e os objetivos foram estabelecidos; informações sobre o agente (material a ser estudado), o hospedeiro (a pessoa a ser estudada) e o ambiente (aquilo que influencia o relacionamento do agente e do hospedeiro) foram apresentadas e avaliadas. Este estudo conduziu a hipóteses sobre o agente, o hospedeiro e os fatores ambientais, e estabeleceu-se que “o método epidemiológico pode oferecer, tanto ao educador quanto ao administrador, uma tentativa de pesquisa e avaliação cuidadosa da prática que pode trazer novos conhecimentos para o planejamento de atividades educacionais em Saúde Pública”. Esta declaração não deve ser considerada como epidemiologia da educação sanitária, mas prova os amplos usos possíveis dos princípios e métodos epidemiológicos.

k) Aperfeiçoar a Prática da Medicina (Epidemiológica Clínica)

A informação e sobre o uso da Epidemiologia, seus métodos e sua tentativa na prática médica. mostrou que a Epidemiologia não deveria ser considerada uma disciplina útil apenas para os envolvidos em atividades de Saúde Pública, em escolas de higiene ou Saúde Pública, ou em Departamento de Saúde. Devido a epidemiologia ser uma ciência relacionada com as circunstâncias sob as quais uma pessoa ou várias pessoas tornam-se doentes ou permanecem doentes, os médicos terão definitivamente um lugar neste campo, para que seja possível alterar essas circunstâncias, de maneira a proteger os indivíduos de enfermidades futuras. A indicação de que o médico, como um epidemiologista clínico, deveria ir além do tratamento do indivíduo doente, observando a casa, a família ou o ambiente de trabalho em que o indivíduo se tornou doente. O propósito é buscar os elementos múltiplos que influenciam o aparecimento da doença e descobrir outros membros da família do indivíduo ou agregados seus que estejam real ou potencialmente, doentes.

I) Necessidades e os Métodos de Controle e Prevenção da Doença

Para um controle eficiente, é necessário ter um programa organizado que use os métodos mais práticos de interrupção ou retardamento do progresso da história natural das doenças e perturbações entre os grupos populacionais. Para níveis adequados de prevenção é necessário antecipar e reduzir a possibilidade de incidência, progressão, incapacidade e morte, pela melhoria da prevenção ou da

ação. Para organizar métodos de controle efetivo e prevenção adequada, é essencial analisar a informação existente e investigar todos os detalhes do agente, do hospedeiro e do meio ambiente, para determinar os fatores que contribuem para a história natural, que pode com sucesso ser interpretada ou modificada.

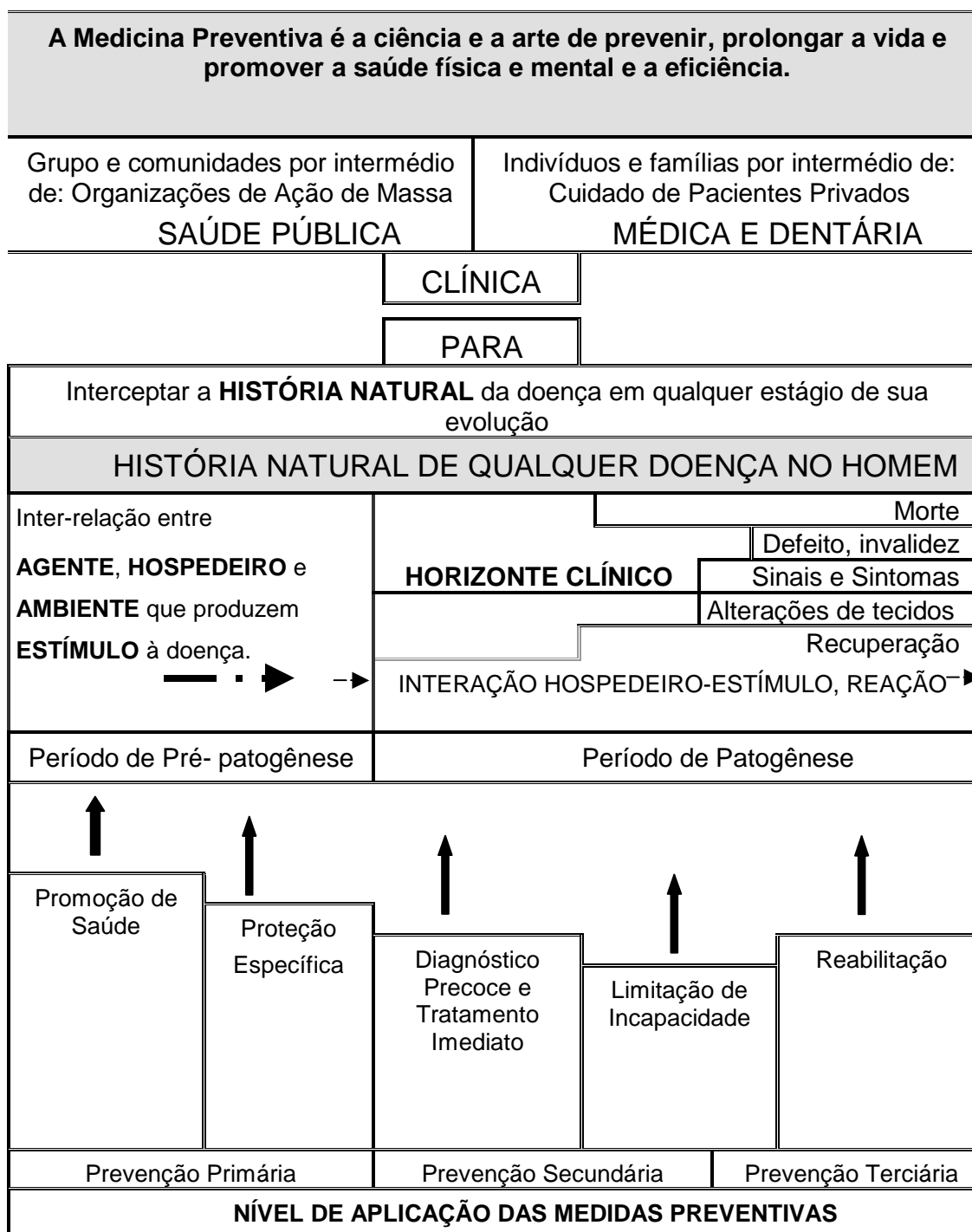
m) Investigação de Epidemias

Uma epidemia é a ocorrência numa comunidade ou numa região de um grupo de doenças de natureza similar, claramente em excesso diante da expectativa normal e derivada de uma fonte comum ou de uma fonte propagada. Indica uma modificação significativa no equilíbrio das forças que influenciam a ocorrência da perturbação na população. É aplicável tanto nas perturbações contagiosas, quanto nas não contagiosas.

São reconhecidos, geralmente, dois tipos de epidemia. Um, o de “contato” ou epidemia “progressiva”, refere-se ao aumento, regular ou irregular, na ocorrência oscilante de uma doença que se apresenta mais ou menos constante numa comunidade. O outro de “veículo comum” ou *foco* epidêmico, que representa a circunstância em que ocorre um aumento agudo de casos, num intervalo de tempo relativamente curto, como resultado de um único agente agindo durante um período limitado.

A investigação de uma epidemia de contato ou progressiva é permanente e o médico em exercício contribui significativamente em cada fase, através do estudo cuidadoso dos casos individuais, à medida que eles ocorrem e pela aplicação dos princípios da epidemiologia clínica, para determinar as circunstâncias sob as

quais a doença se desenvolve. A responsabilidade do médico na investigação das epidemias por veículo comum é igualmente clara. Aqui, novamente, é o médico que motiva a investigação, porque é por meio dos casos registrados por ele e por seus colegas que se suspeita da existência de uma epidemia. A solução do problema epidêmico dependerá da precisão do diagnóstico, da presteza do registro, e da cooperação que o responsável pela Saúde Pública e o epidemiologista obtêm tanto do médico, quanto da comunidade.



Fonte: Adaptado de Leavell/Clarc (1978).

Figura 7: Prevenção em Saúde.

Proteção da Saúde				
	Proteção Específica	Diagnóstico Precoce Tratamento Imediato		Reabilitação
<div>Proteção contra microrganismos provocadores de doenças, através da educação sanitária em assuntos de higiene.</div> <div></div> <div>Melhoramento geral das condições socioeconômicas, meios de recreação.</div>	<div></div> <div> <div>Profilaxia química, mecânica e quimioterapia.</div> <div></div> </div>	<div></div> <div> <div>Campanhas educacionais mostrando os primeiros sintomas e a urgência de um diagnóstico precoce; diagnóstico adequado tratamento e meios de investigação dos contatos.</div> <div></div> </div>	<div></div> <div> <div>Limitação da Invalidez</div> <div> <div>Exames adequados do coração e do sistema nervoso central; exame de rotina do fluído cerebrospinal; tratamento adequado.</div> <div></div> <div>Campanhas educacionais mostrando os efeitos do não tratamento.</div> </div> </div>	<div></div> <div> <div>Preparação para a cegueira, na atrofia primária; reabilitação dos cegos, e daqueles acometidos de doença cardiovascular avançada.</div> <div></div> </div>
NÍVEIS DE APLICAÇÃO DE MEDIDAS PREVENTIVAS				

Fonte: Adaptado de Leavell/Clarc (1978).

Figura 8: Níveis de Aplicação Preventiva.

2.6 Ergonomia

A Ergonomia nasceu da necessidade de corresponder a questões importantes levantadas por situações de trabalho insatisfatórias. Na falta dos saberes necessários, o ergonomista respondeu experimentando, o que assinala de saída uma atitude científica que o distingue claramente dos que formulavam recomendações com base em preceitos sociológicos ou psicológicos. Podemos recordar alguns exemplos clássicos que ressaltam a importância da ruptura realizada pela ergonomia e seus predecessores, pois se a ergonomia data dos anos 40, seu modo de pensar existiu antes, de maneira esporádica.

O duplo critério da *saúde* e da *segurança* aparece claramente nos estudos de 1962 no Laboratório de Fisiologia das minas de ouro da África do Sul, há 30 anos e mostram, de fato, que, numa mina artificial, a produção dos mineiros é inversamente proporcional à temperatura úmida, além de certo nível. Mostra também que o preço da climatização das minas profundas é amplamente justificado, economicamente, pelo aumento correspondente da produção. A climatização assim realizada permite, além disso, dividir por dez a terrível frequência das mortes por golpe de calor (1 a cada mil trabalhadores anualmente, antes da climatização).

Na mesma época, também foram utilizadas pesquisas com a medição da frequência, mas com uma técnica fácil e eficaz, na Usine Alcan e no Laboratório de Fisiologia da Universidade de Montreal. Ela mostra em estudos com trabalhadores do alumínio, que o trabalho físico intenso em temperaturas elevadas é sensível a algumas condições de trabalho que parecem detalhes aos observadores pouco atentos: roupas, capacetes, qualidade de água, etc.

Durante muito tempo os psicólogos se interessaram pouco pelo que chamamos de ergonomia, pois têm de se livrar da psicologia filosófica e estabelecer a necessidade da administração da prova, da psicologia científica, que assume a forma exclusiva da psicologia experimental no quadro estrito do behaviorismo. Veremos mais adiante que não existe identidade entre estes diversos conceitos confundidos por tanto tempo.

O estudo de Fitts e Jones (1947), sobre os indicadores de vôo das “fortalezas voadoras” da Segunda Guerra Mundial, é considerado com razão o fundador da *Human Engineering*, que ainda não era o estudo dos *Human Factors*. A metade dos bombardeiros fabricada para atacar a Europa ocupada pelos exércitos alemães caiu durante o vôo ao longo do primeiro ano de treinamento, o que era dramático, dada a urgência e os limites da capacidade industrial americana, mais ainda em razão da perda das tripulações, que demoram para ser treinadas. Uma investigação permitiu mostrar que ocorriam muitos erros na leitura dos altímetros, onde várias escalas estavam superpostas. Um estudo experimental em laboratório permitiu propor bons altímetros, o que, com alguma outra recomendação, contribuiu para reduzir maciçamente as perdas de aviões e de tripulações.

As célebres pesquisas de Mackworth (1944), na Grã-Bretanha, permitiram conhecer as leis da atenção em situação monótona, conhecidas como estudos da vigilância. O objetivo era a vigilância do céu através do aparecimento de sinais característicos dos aviões numa tela de radar. Os resultados também foram úteis em inúmeras situações civis, como dirigir automóveis em situação monótona, mas também deram lugar a tentativas errôneas de aplicação em situações industriais tão monótonas e tediosas enquanto as da vigilância de um radar, mas caracterizadas

não pela subcarga, e sim pela sobrecarga cognitiva, como demonstraram os estudos realizados das mulheres nas indústrias eletrônicas feitos por Laville et al. (1975).

Estas tentativas malogradas de aplicação industrial são características da crise pela qual passou a ergonomia há trinta anos, em razão da diversificação da demanda ergonômica para as aplicações civis. Assim é, que, de 1960 a 1970, os artigos de finalidade civil passaram de aproximadamente 25% para 75% do conteúdo da revista *Human Factors* (texto da exposição feita em Montreal no XXVI Congresso da SELF).

Historicamente, recebeu várias conceituações tais como: a ergonomia é a disciplina que estuda as leis naturais do trabalho humano (OXFORD, 1950; BARROS, 1991); é o estudo do homem em suas relações com o ambiente de trabalho (MURREL apud BARROS, 1991); “Como o conjunto dos conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de ferramentas, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, de segurança e de eficácia” (WISNER apud FIALHO; SANTOS, 1995), entre outras.

Esta ciência, portanto, busca promover a máxima ambientação do trabalhador, através da adequação a estas condições físicas, psíquicas e emocionais, a fim de levar as pessoas a enxergarem o trabalho como algo capaz de gerar satisfação e realização, como já concebiam os gregos como sendo o trabalho “*ergon, que designa a criação, a obra de arte*” e não como “*ponos, que se refere ao esforço e penalidade*” (FIALHO; SANTOS, 1995).

A Ergonomia como ciência, sempre buscou analisar situações de trabalho tentando interferir em algumas e modificar outras onde considerou necessário, no sentido de obter uma maior racionalização e otimização, com máximo de conforto, rendimento e eficiência.

A fase inicial da ergonomia se caracterizou por uma preocupação maior com os postos de trabalho, propriamente ditos: concepção dos móveis, elementos e com o projeto dos espaços de trabalho. Constitui-se numa ergonomia mais física (MONTMOLLIN, 1990). Atualmente trabalha-se também, além de outras, a questão cognitiva do trabalho, almejando avaliar e considerar a carga mental exigida para o desempenho de uma determinada atividade e o grau de sofrimento psíquico a que se submete o ser humano no trabalho. “Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e desejos, e uma organização do trabalho que os ignora” (DEJOURS, 1997). É preciso se compreender que nem há uma divisão, *in locu*, desses momentos históricos e evolutivos da ergonomia.

Embora estejamos vivendo um enfoque mais cognitivo da ergonomia, é importante pensarmos que os problemas ditos ergonômicos são das mais diversas origens possíveis, principalmente quando falamos de países em vias de desenvolvimento industrial. Por um lado temos uma economia pobre, pouca ou nenhuma estrutura industrial básica, políticas internas desfavoráveis, endividamento interno, dificuldades em algumas regiões na regularidade do fornecimento de elementos básicos em alguns processos produtivos como por exemplo, água e energia elétrica; e, por outro lado, altos índices de analfabetismo, portanto, reduzido grau de instrução, falta de pessoal com formação de nível técnico, falta de uma cultura de organização por parte dos trabalhadores e de uma cultura tecnológica.

Nestes casos é muito provável que uma dificuldade ou um problema detectado dentro de uma empresa possa ser originado por um somatório de fatores como: físicos, ambientais, cognitivos e organizacionais, buscando respostas suportadas nos conhecimentos das várias fases ou escolas da ergonomia.

2.6.1 Conceituações

A Ergonomia tem o objetivo central de projetar e/ou adaptar situações de trabalho compatíveis com as capacidades, respeitando os limites do ser humano. Isto implica em reconhecer a premissa ética da primazia do homem sobre o trabalho, posto que o mesmo pode adaptar-se ao homem mas, nem todos os homens podem se adaptar a ele. Assim, são três os eixos que direcionam a intervenção em ergonomia: a segurança dos indivíduos e dos equipamentos, a eficácia e o conforto dos trabalhadores nas situações de trabalho (ABRAHÃO, 1993).

No curso da história, a Ergonomia vem evoluindo gradativamente. O termo deriva de duas palavras gregas: “ergos” significa trabalho e “nomos” significa leis do. Na sua tradução mais simples compreende as leis do trabalho. Entretanto, ele só passou a ser utilizado a partir de 1950 quando o inglês Murrell, um dos pioneiros do campo, reinterpretou o termo (SLUCHAK, 1992).

Ao longo desses anos, vários estudiosos atribuíram-lhe diferentes definições. Ainda hoje ela é considerada uma ciência para alguns e uma tecnologia para outros. Portanto, não há uma definição padrão na literatura. Apresentamos a seguir algumas definições.

Maluf (1986) a define como ciência cujo objetivo é investigar, promover, restaurar ou implementar as condições de compatibilização entre as características artificiais de trabalho, habilidades e as características evolutivas do ser humano.

Na definição elaborada por Paraguay (1987), *Ergonomia* é o conjunto de conhecimentos, sobretudo de Fisiologia, Medicina e Psicologia do Trabalho, aplicados à situação de trabalho, na perspectiva de uma melhor adaptação do trabalho ao homem sob diversos pontos de vista: saúde, segurança e organização

do trabalho, considerando-se ainda, as apropriações do ambiente de trabalho e de vida.

Os termos Ergonomia e Fatores Humanos são sinônimos. Só existe uma distinção entre eles relacionados a uma perspectiva histórica. O primeiro foi desenvolvido na Europa e tradicionalmente focaliza questões de como o trabalho afeta o indivíduo; seu objetivo era a redução da fadiga causada pelo trabalho. O segundo foi desenvolvido nos Estados Unidos da América, focalizando como o indivíduo se comportava em relação ao seu ambiente de trabalho e o equipamento com o qual trabalhava. Independentemente da definição utilizada, averiguamos que o objetivo ou a meta de ambos é o mesmo, ou seja, combinar ou igualar as demandas do trabalho às habilidades e capacidades do trabalhador.

Para Wisner (1994), a *Carga de Trabalho* é resultante de inúmeras variáveis que dependem de cada indivíduo e das condições de trabalho. Ressalta a existência de três aspectos: *Físico, Cognitivo e Psíquico*.

Em relação aos aspectos físicos, os autores são unânimes em afirmar que alguns fatores como ambiente térmico, ruídos, iluminação, trabalho noturno, ritmo de trabalho, dentre outros, determinam o desgaste físico do trabalhador, interferindo diretamente no seu desempenho profissional, comprometendo, conseqüentemente, sua produtividade. Neste âmbito, a ação do ergonomista deve ser direcionada para a adaptação do ambiente de uma forma geral, com vistas à solução emergente dos problemas relacionados à carga de trabalho (MONTMOLLIN, 1990).

No que tange aos aspectos cognitivos, devemos entendê-los como sendo um ramo da ergonomia que se preocupa com os aspectos mentais do trabalho (Vélez Benito, 1996). Neste contexto, Richard (1990), já apontava que as atividades mentais poderiam ser inferidas a partir dos comportamentos e verbalizações,

finalizadas pelas simulações oriundas dos modelos de tratamento da informação. Este autor propôs a arquitetura do processo cognitivo que é a descrição dos diferentes elementos que constituem o sistema cognitivo e de suas relações.

O esquema da arquitetura do processo cognitivo (Figura 9) demonstra que as entradas do sistema cognitivo são as situações, sendo as informações resultados dos tratamentos dos sistemas sensoriais, podendo ser de duas ordens: as de natureza espaço-temporal, referentes aos objetos e eventos; as de natureza simbólica, que veiculam significados e são interpretadas no interior dos sistemas de sinais e do contexto da situação. As saídas do sistema cognitivo são os movimentos, os gestos e as produções lingüísticas.

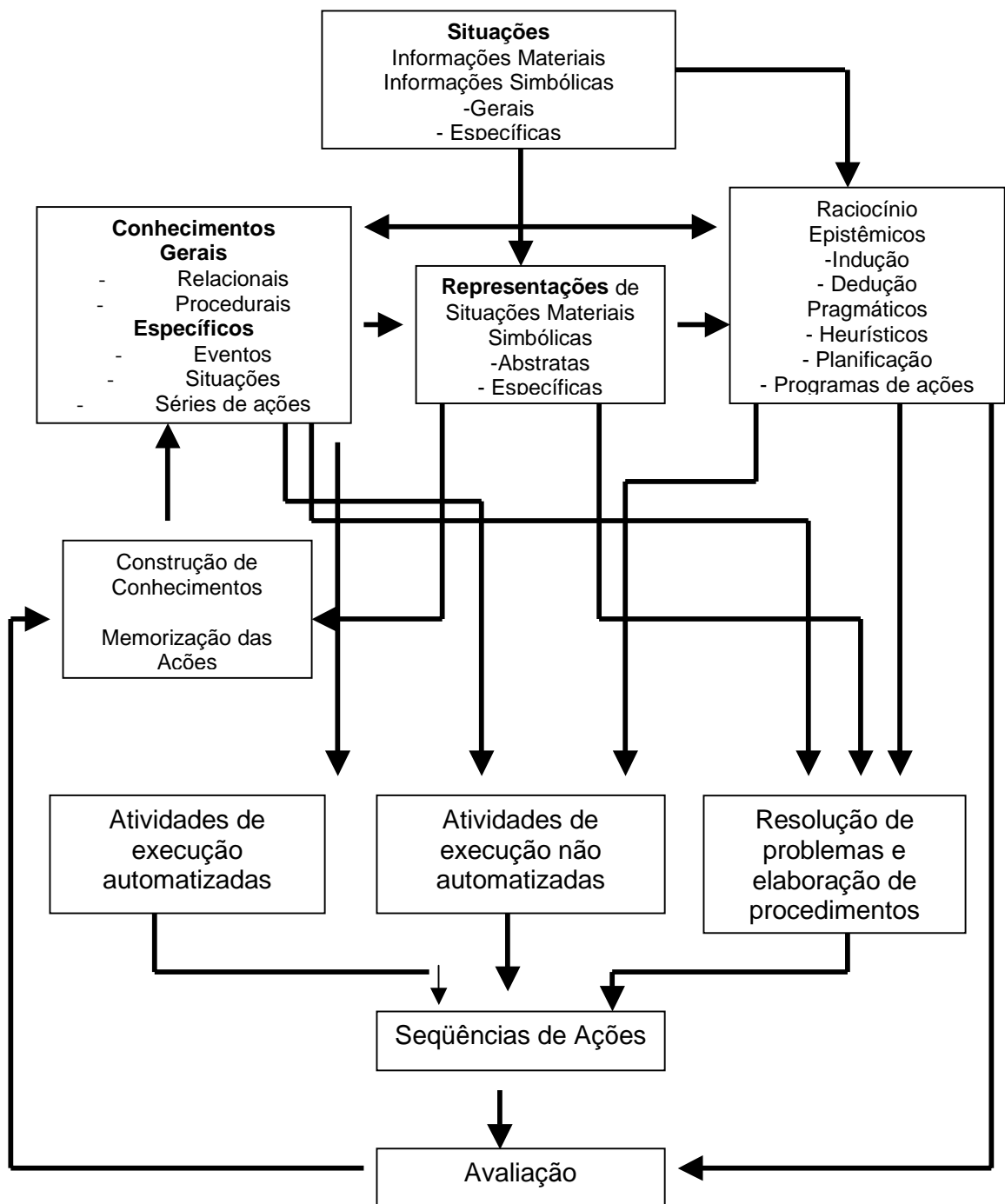


Figura 9: Esquema da arquitetura do processo cognitivo.

Em relação ao **Sistema Cognitivo**, Richard (1990), distingue seis grandes funções, sendo elas: construção de estruturas cognitivas permanentes; elaboração das decisões de ação para as tarefas; construção das representações; produção de inferências com fins epistêmicos ou pragmáticos; tratamentos da informação e função de diagnóstico, regulação e controle das atividades.

A primeira corresponde à construção cognitiva permanente, sendo estes, os conhecimentos. Esta função garante a evolução do sistema cognitivo, permitindo o enriquecimento através das experiências. Existem dois modos de construção dos conhecimentos que, em geral, contribuem para a aprendizagem; podem ser construídos a partir de informações simbólicas veiculadas por textos ou serem constituídos pela ação e experiências, a partir da resolução de problemas.

Os conhecimentos podem ser gerais e se referem às classes de objetos, de acontecimentos, de situações ou de ações. São de duas formas: conhecimentos relacionais (prefere-se este termo ao de conhecimentos declarativos) e os procedurais. Por outro lado, podem ser específicos, referindo-se aos objetos, situações, acontecimentos ou seqüências de ações particulares, que foram objetos de uma experiência singular dentro de um contexto bem definido. Os conhecimentos específicos constituem a memória episódica.

Em relação à elaboração das decisões (RICHARD apud VÉLEZ BENITO, 1994, p.32), afirma que

as decisões de ação constituem as produções do sistema cognitivo (suas saídas sob forma de descrição sistêmica) [...]. A sua elaboração corresponde a três tipos de tarefas para o sistema cognitivo:

1°.As tarefas de resolução de problemas, isto é, de situações de elaboração de procedimentos nos quais esta elaboração depende da representação da situação”;

2°.As tarefas de execução não automatizadas, que correspondem a situações para as quais existem procedimentos gerais na memória que devem ser adaptados ao caso particular e;

3°.As tarefas de execução automatizadas, que constituem na utilização de procedimentos específicos.

Estas três tarefas correspondem a níveis diferentes de elaboração das decisões e se diferenciam pelo papel maior ou menor que os conhecimentos estocados na memória desempenham nesta elaboração.

Quanto às **representações**, Richard (1990), afirma que são os conteúdos do pensamento aos quais se refere o termo compreender. São construções que constituem o conjunto das informações levadas em conta pelo sistema cognitivo na realização da tarefa. Elas desempenham, então, um papel central na elaboração de decisões, visto que são as únicas informações referentes à situação e à tarefa a partir das quais são elaboradas as decisões de ação.

Em relação às **inferências**, o mesmo autor afirma que consistem na produção de novas informações, a partir das informações existentes na memória, a saber: os conhecimentos e as informações procedentes da situação. Podem ser de dois tipos, onde algumas têm por finalidade a **compreensão** e contribuem para as **representações**. Outras têm finalidade **pragmática**, pois produzem **objetivos de ação, planos** ou **série de ações**.

Outro ponto a ser salientado, refere-se à regulação e ao controle das atividades, que são difíceis de representar em um esquema estático. Richard (1990), distingue dois componentes. O primeiro, como sendo a regulação da atividade, que consiste em selecionar as tarefas a realizar e em ordena-las no tempo. O segundo é o controle, que se refere à realização da tarefa e seu bom funcionamento. Este último, antes da realização garante a planificação e após, a avaliação dos resultados da ação.

O funcionamento **cognitivo** é a descrição das atividades que garantem o uso das funções. Utilizando ainda as afirmações de Richard, (1990), as atividades cognitivas são definidas a partir de três componentes: seus produtos, os objetos sobre os quais elas atuam, e seus modos de realização e de funcionamento.

Em relação ao papel dos conhecimentos anteriores, consideramos que sua participação é indispensável e muito importante no desenvolvimento de tarefas. Os conhecimentos anteriores facilitam a aprendizagem pela melhor representação da situação. Por outro lado, a informação estruturada é mais facilmente memorizável. As analogias aproveitam os conhecimentos anteriores, e é por isso que são usadas para facilitar a aprendizagem.

Na busca quanto à minimização dos efeitos nocivos, relacionados aos fatores determinantes, da sobrecarga do trabalho, a ergonomia deve estar voltada para as questões que envolvam hipóteses de trabalho, acerca da sua situação e da sua organização. O objetivo é subsidiar medidas alternativas para a melhoria das condições do trabalho.

2.6.2 Histórico

Reportando-nos à história, Sluchak (1992) cita que o interesse na produtividade humana é datado de vários séculos; entretanto, devido à grande oferta de mão-de-obra, pouca atenção era dispensada ao modelo do trabalho para acomodar o trabalhador.

No século XIX, Frederick Taylor começou a preocupar-se com a maneira de organizar o trabalho e de administrar os trabalhadores para maximizar os resultados. Suas obras “Princípios da Administração Científica” datada de 1911, e “Administração de Compras”, datada de 1919, exerceram grande influência na Ergonomia.. Focalizaram uma concepção errônea de que só existe uma maneira de realizar um trabalho. A Ergonomia leva em consideração as diferenças individuais

existentes entre os trabalhadores e planeja um ambiente de trabalho flexível para acomodar a variabilidade, sem sacrificar a segurança ou a produtividade (Sluchak, 1992).

As questões sobre os critérios de segurança de pessoal e sua subsequente performance, enfocada por Taylor, intrigaram os ergonomistas. Devido à ocorrência da Primeira Guerra Mundial, essas questões não puderam ser estudadas e só foram retomadas no início da Segunda Guerra Mundial.

A Ergonomia superando a concepção Taylorista de “Homo Economicus”, para além do reducionismo do trabalho físico, surgiu tentando demonstrar a complexidade da situação de trabalho e a multiplicidade de fatores que a compõe (ABRAHÃO, 1993).

Nos Estados Unidos da América, durante a Segunda Guerra Mundial, os militares enfrentavam problemas com seus pilotos: homens treinados e experientes que deixavam seus aviões caírem durante a decolagem, bombas que eram lançadas em alvos errados e os operadores de submarinos falhavam em detectar navios inimigos. Os investigadores que estudaram as causas de tais ocorrências, encontraram os equipamentos que haviam funcionado de maneira correta e os pilotos e os operadores de submarino estavam entre aqueles considerados como os mais qualificados. Esses achados os levaram a reconhecer que, os modelos das armas e dos equipamentos eram inadequados aos operadores e pilotos, exigindo-lhes habilidades sobre humanas, que facilitavam seus erros. Portanto, não bastavam homens experientes e treinados à função; era necessário que houvesse adaptação entre os equipamentos e o homem que iria operá-lo.

Na primeira fase evolutiva, a Ergonomia é marcada pela preocupação com o desenvolvimento de pesquisas voltadas para os aspectos antropométricos, definição de controles, arranjos do espaço físico e ambiente de trabalho.

Com a evolução tecnológica, a Ergonomia voltou seus interesses para o desenvolvimento de sistemas automáticos e informatizados, com ênfase na natureza cognitiva do trabalho (ABRAHÃO, 1993). A autora considera ainda que, atualmente, com a automação nos setores secundário e terciário da economia e com o aparecimento da robótica, os setores produtivos começam aperceber que os meios técnicos de organização devem ser adaptados às especificidades do funcionamento humano.

2.6.3 A Intervenção Ergonômica na Situação de Trabalho

As contribuições da Ergonomia para introduzir melhorias em situações de trabalho dentro das instituições podem variar conforme a etapa em que elas ocorrem e também, conforme a abrangência com que é realizada.

De maneira geral, a Ergonomia é apresentada através das modalidades:

- de concepção - está relacionada ao estudo de instrumentos e ambiente de trabalho antes de sua construção;
- *de correção* - que procura melhorar as condições de trabalho já existentes;
- de conscientização - preocupa-se em conscientizar os trabalhadores através do treinamento, reciclagens para trabalharem de forma segura reconhecendo os fatores de riscos que podem surgir a qualquer momento no ambiente de trabalho (ILDA, 1990).

A intervenção ergonômica pressupõe que o processo seja iniciado a partir da identificação dos problemas relacionados com a Ergonomia nos locais de

trabalho; identificação da natureza e localização desses problemas e implementação de medidas para reduzir ou eliminá-los.

A teoria dos sistemas contribui para o estudo do relacionamento homem-trabalho.

Sluchak (1992) considera que no ponto central do sistema está o homem, imediatamente afetando o homem está a tarefa, os componentes do posto de trabalho, o instrumento utilizado e por último o ambiente, sendo este constituído por fatores físicos, de considerações administrativas e operacionais que podem influenciar, direta ou indiretamente, o homem ou os outros componentes da situação de trabalho.

O recorte conceitual adotado tem como pressuposto básico que são três os elementos componentes da situação de trabalho, quais sejam: o homem, a atividade e o meio ambiente.

- *O homem*: para análise deste componente central da situação de trabalho, os fatores como a educação, o treinamento, a motivação, a satisfação, a antropometria e o uso do equipamento de proteção individual devem ser considerados.

Segundo Ilda (1990), os trabalhadores apresentam diferenças individuais tais como: estatura, peso, compleição física, resistência à fadiga, capacidade auditiva e visual, memória, habilidade motora, personalidade, entre outras, as quais podem atingir níveis significativos sendo preciso considerá-las.

- *A atividade de trabalho*: é composta pelos elementos: tarefa prescrita (formal), tarefa real (efetivamente realizada), instrumentos utilizados para a realização da tarefa e posto de trabalho (onde a tarefa é realizada).

A tarefa é entendida como o conjunto de fenômenos fisiológicos e psicológicos específicos do homem, na realização de seus atos, onde ele investe seu corpo, seus pensamentos, desejos, esperanças e até mesmo a sua história. A realização de tarefas refere-se ao trabalho prescrito, correspondendo a um conjunto de objetivos e prescrições apresentadas aos trabalhadores, definidas pela gerência, para atender os objetivos fixados pela instituição.

A atividade de trabalho significa o trabalho real, efetivamente realizado pelo indivíduo, a forma pela qual ele consegue desempenhar suas tarefas. É resultado das definições impostas pela empresa com relação à sua tarefa e das características pessoais, experiência e treinamento do trabalhador (ABRAHÃO, 1993).

Em revisão do conceito de atividade de trabalho em Ergonomia, a literatura revela duas características básicas: primeiro a diversidade terminológica para o conceito (atividade, trabalho real, tarefa real); a segunda, a ênfase diferenciada que os autores atribuem aos elementos que compõem a atividade.

Quanto ao instrumento de trabalho, são considerados como fatores deste componente o peso, a força, a posição, o modo e condições de manuseio.

O posto de trabalho é entendido como o local onde o trabalhador executa suas tarefas, dentro de um tempo estabelecido. São fatores componentes do posto de trabalho: o espaço físico, a área de trabalho, a disposição e o dimensionamento dos mobiliários.

O enfoque ergonômico do posto de trabalho, segundo Ilda (1990), procura desenvolver postos de trabalho que reduzam as exigências biomecânicas, colocando o operador dentro do alcance dos movimentos corporais e que haja facilidade de apreensão de informações. Para o autor, os melhores critérios para

avaliar a adequação de um posto de trabalho são a postura e o esforço físico exigido dos trabalhadores, determinando-se os pontos principais de concentração de tensões que tendem a provocar dores nos músculos e tendões.

O ambiente de trabalho: compreende o conjunto de fatores interdependentes que atua direta e indiretamente na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho. Esta visão global das influências do trabalho facilita a compreensão das dificuldades e desconfortos, da insatisfação, dos baixos desempenhos, das doenças e da ocorrência de acidentes de trabalho.

O ambiente de trabalho constitui-se de fatores e de considerações administrativas e operacionais que podem influenciar direta ou indiretamente o homem ou os outros componentes da situação.

Numa abordagem atual, a análise das condições ergonômicas de trabalho deve conter além dos componentes anteriormente descritos, informações sobre os componentes secundários à situação de trabalho tais como: os meios de transporte, a alimentação e moradia, por serem imprescindíveis à saúde dos trabalhadores, ou seja, precisa contemplar os aspectos psicossociais do trabalho e da vida dos trabalhadores, possibilitando assim, uma visão ampla da situação de trabalho.

Os componentes da situação de trabalho são abordados através de uma metodologia que não obedece a um modelo pré-determinado de intervenção, mas, a princípios comuns oriundos de conhecimentos de Ergonomia que devem ser adaptados a cada situação de trabalho estudada.

O modelo metodológico baseia-se em conjunto de conhecimentos estruturados a fim de responder às diferentes demandas de intervenção. A exigência científica fundamental das pesquisas reside na observação de situações reais de trabalho.

2.6.3.1 Perspectivas Históricas do trabalho

Se fizermos um rápido exame no uso do termo *trabalho*, verificaremos dois grandes eixos de significados com componentes avaliativos claramente antagônicos. Para Bastos et al (1995), tais eixos refletem as grandes tradições histórico-filosófico-religiosas, que modelaram a dimensão avaliativa e afetiva com que nos reportamos ao trabalho hoje na atualidade.

O primeiro eixo vincula o trabalho à noção de sacrifício, de esforço incomum, de carga, fardo, como algo esgotante para quem o realiza. Como sinônimo de luta, de esforço que causa transtorno ou preocupação. Nesse sentido, o trabalho associa-se também, à noção de punição, como está no Antigo Testamento, como punição pelo pecado original. Daí decorre o sentido de obrigação, dever, responsabilidade, relacionando-se diretamente ao significado do termo latino que originou a palavra trabalho: *tripalium*, instrumento de tortura formada por três paus, ao qual eram atados os condenados, sendo feita uma associação do trabalho com tortura, sofrimento, pena, labuta (BASTOS et al, 1995).

O segundo eixo avaliativo com uma visão mais positiva sobre o trabalho, o vê como a aplicação das capacidades humanas para propiciar o domínio da natureza, sendo responsável pela própria condição humana, como sendo um esforço para atingir determinado objetivo. Segundo Bastos et al (1995), na tradição cristã, com a reforma Protestante, o trabalho passa a ser visto como instrumento de salvação e forma de realizar a vontade divina. Já na tradição oriental, as religiões tendem a ver o trabalho como algo que harmoniza os homens com a natureza e que desenvolve o seu caráter.

Na antiguidade grega, todo trabalho manual era desvalorizado e feito pelos escravos e a atividade teórica era considerada a mais digna de um homem, cuja essência era fundamentalmente a de um ser racional. Entre os romanos, o conceito de *negotium* mostra a oposição entre negócio e ócio, sendo para os autores, um conceito que se define pela “ausência do lazer” (ARANHA; MARTINS, 1991).

Na Idade Moderna, o crescente interesse pelas artes mecânicas e pelo trabalho em geral, justifica-se pela ascensão dos burgueses, vindos de segmentos dos antigos servos que compravam sua liberdade e se dedicavam ao comércio. Começa os grandes empreendimentos e as descobertas de novos caminhos para as terras do Novo Mundo (ARANHA; MARTINS, 1991).

Com o resplendor desse progresso verifica-se, em contrapartida, uma questão social enorme, pois as condições sub - humanas marcam o século XIX com as extensas jornadas de trabalho de dezesseis a dezoito horas, sem direito a férias, sem garantia para a velhice, doenças e invalidez; arregimentação de crianças e mulheres, mão-de-obra mais barata; condições insalubres de trabalho, em locais com péssimas condições de iluminação e higiene; mal remunerados, além de viverem em más condições de moradia (ARANHA; MARTINS, 1991).

Devido a essa situação, surgem no século XIX os movimentos socialistas e anarquistas, que pretendem denunciar e alterar tal realidade insustentável para os trabalhadores.

É a partir da relação de dominação que Hegel (apud ARANHA; MARTINS 1986) no século XIX faz a primeira leitura otimista da função do trabalho, na célebre passagem do “senhor e do escravo”, descrita na Fenomenologia do Espírito quando o ser do senhor se descobre como dependente do ser do escravo e, em

compensação, o escravo, aprendendo a vencer a natureza, recupera de certa forma a liberdade. O trabalho surge, então, como a expressão da liberdade reconquistada.

Rousseau (1989) considerava o trabalho “uma atividade contra a natureza”. Para Nietzsche, o trabalho era tido como “o duro labor”, “o melhor dos policiamentos para tolher nossas potencialidades de sonhar”.

No entanto, a idéia de que o homem não pode se realizar a não ser pelo trabalho é senso comum. Marx Weber (1985), sociólogo assinala que existe uma interpretação religiosa valorizando o trabalho.

Kant (1974) acredita que “o trabalho é um valor que distingue o homem do animal”.

Freud (1976) ressalta a característica “positiva” do trabalho, pois este possibilita a transferência dos componentes narcisista, agressivo e erótico da libido.

Leontiev (apud FIALHO; SANTOS, 1995, p. 18) afirma que o trabalho humano “é uma atividade originalmente social, fundada sobre a cooperação de indivíduos, a qual supõe uma divisão técnica”.

As condições de vida, e do trabalho vem sofrendo reivindicações por parte dos trabalhadores. Faremos rapidamente um histórico desta evolução.

Segundo Silva Filho e Montedo (1996) pode-se dividir em três períodos: do século XIX até a primeira guerra, demonstrado pela luta da sobrevivência, a preocupação com a saúde era não morrer. Apresentava também uma jornada de trabalho de longa duração, baixos níveis de higiene, alta periculosidade, grandes esforços musculares, alimentação precária e repressão do governo contra o trabalhador.

Após a primeira guerra até 1968, começa o segundo período, que se caracterizava pela preocupação somente com a saúde do corpo. Inicia-se com

Taylor as influências da forma de trabalhar com a produtividade. Nesta época, a mão-de-obra não especializada era abundante e barata; o saber-fazer não era prioridade por parte da empresa. Havia uma divisão muito forte dos profissionais que detinham o conhecimento total e os que faziam - estes constituíam a maioria na indústria.

No terceiro período, que ocorre após 1968, começa a percepção da deterioração da saúde mental como fator prejudicial ao trabalho. Passam a ser valorizadas as questões como o conteúdo da tarefa, flexibilidade, ritmo e velocidade de trabalho e participação. Nesta época surgiram movimentos de resistência e estudo de formas alternativas, de organização do trabalho, relacionada com o ser humano.

Desta forma começa uma preocupação com as soluções para o problema da produtividade competitiva, sem a perda do nível de saúde do trabalhador. Este é o atual problema vivenciado pelas empresas, muito mais afluído com a globalização. Nesta etapa, uma empresa que não se preocupa com o nível de saúde de seu trabalhador, torna-o insatisfeito, infeliz no trabalho, interferindo na sua produtividade, o que pode refletir numa empresa não produtiva, seguindo a mesma analogia não competitiva, inviabilizando a sua inserção no mercado.

2.6.3.2 Significado do Trabalho

O termo *Trabalho* é derivado do latim “tripaliare” que significa tortura com tripalium - instrumento de tortura com três estacas. A palavra trabalho vem sendo

analisada como uma forma de alienação, de tarefas árduas, de coerção. Enfim, numa conotação negativa.

A partir de Marx novos conceitos a respeito do trabalho foram sendo formulados. Esse autor afirma que é a condição de libertação do homem e que através dele o homem desenvolve sua personalidade e inteligência e utiliza sua criatividade.

Por outro lado, novas correntes de abordagem sobre a questão do trabalho foram surgindo. Entre elas, duas chamam a atenção. A primeira é a corrente de relações humanas, onde o indivíduo passa a ser visto como o principal agente para o aumento da produtividade. A segunda é a corrente sistêmica cujo objetivo é ver a organização como um todo, onde a função de cada indivíduo é essencial para uma maior produtividade e, conseqüentemente, maior lucro. O ambiente de trabalho é visto como influenciador do comportamento humano, contribuindo para o melhor ou pior desempenho do trabalhador.

Segundo Meyerson (1955), “o trabalho é uma atividade sistematizada, organizada, em vista de um objetivo determinado, realizado de forma coletiva e destinada a criar objetos ou valores de utilidade social”. É, além disso, uma atividade disciplinada, submetida a condicionantes da matéria e do próprio meio. Assim, o indivíduo e suas relações no ambiente de trabalho passam a ser foco central de estudo, a fim de melhorar o processo de trabalho nas organizações.

Também há uma preocupação com as doenças profissionais e com os acidentes de trabalho, enfatizando as más condições de trabalho físico e o efeito do trabalho sobre o homem. O indivíduo pode estar disposto a manter a forma de produção esperada, pode acabar o dia de trabalho muito cansado, prejudicar sua saúde e correr riscos. Tais conseqüências ao trabalhador ampliam-se à organização,

pois o indivíduo pode abaixar seu índice de produtividade ou desempenhar mal suas tarefas, acarretando em produtos e serviços defeituosos; o bom andamento da empresa é prejudicado. Além disso, se o indivíduo não está satisfeito com sua função ou se a empresa não lhe oferece qualidade de vida no trabalho, pode tornar-se desatencioso, facilitando o maior número de acidentes.

De acordo com Faverge e Rasmussem (1987) existem três pontos-chaves do funcionamento do homem no trabalho. São eles: as comunicações, as regulações e as competências intelectuais.

Heller (apud VAZ 1995) apresenta sua concepção de trabalho vinculada ao significado dado por Marx, onde a categoria trabalho abrange duas dimensões: uma, enquanto execução de um trabalho, fazendo parte orgânica da vida cotidiana, e a outra, enquanto atividade de trabalho, sendo uma objetividade diretamente genérica. A diferenciação entre estas duas dimensões está no próprio trabalho, em produzir um valor de uso. O resultado ou o produto do trabalho contém a possibilidade de uso, do ser ou não utilizado.

Em uma dimensão psicológica e cognitivista, admite-se que a experiência cotidiana das pessoas constitui a base sobre a qual eles constroem suas percepções e conhecimentos sobre o mundo que os cerca. Esta dimensão, embora de base individual, é um processo eminentemente social, por se dar no interior de um conjunto partilhado de crenças, valores e significados que definem o contexto atual no qual as interações entre indivíduos e grupos ocorrem (BASTOS et al. 1995).

Esses conhecimentos e percepções, no nível individual, se organizam em estruturas cognitivas que desempenham importante papel na determinação de percepções e comportamentos futuros em relação aos objetos, situações ou pessoas, ao permitirem ao indivíduo padrões globais, sobre os quais reagem.

Nesse sentido, o significado subjetivo do trabalho pode ser conceituado como uma estrutura cognitiva, que tem um grande impacto sobre as percepções, avaliações, atribuições e sobre o próprio comportamento do indivíduo no trabalho (BASTOS et al. 1995).

Buscando apreender como o indivíduo articula suas percepções relativas a diversas dimensões do trabalho, Bastos et al. (1995) indicam a estrutura geral do conceito do significado do trabalho envolvendo três grandes linhas: a centralidade do trabalho, as normas sociais do trabalho, e os resultados e objetivos valorizados do trabalho.

A centralidade do trabalho é definida como o grau de importância geral que o trabalho possui na vida de um indivíduo em determinado momento, independente das razões as quais se atribui tal importância.

Para um grupo de pesquisadores Meaning of Working International Research Team (MOW) que conduziram nos anos oitenta uma ampla pesquisa sobre o significado do trabalho em oito países, a centralidade do trabalho é uma crença geral acerca do valor do trabalho na vida do indivíduo, constituindo-se de dois componentes teóricos:

1. Valorativo, o trabalho como papel desempenhado na vida;
2. Orientação para a decisão sobre as esferas de vida preferidas.

O componente valorativo apresenta duas propriedades: a primeira, a identificação, que é resultante de processos cognitivos que envolvem a comparação do trabalho como atividade com a percepção do próprio “eu”, podendo o trabalho ser central ou periférico na definição da sua auto-imagem; a outra propriedade é o envolvimento ou comprometimento que envolve respostas comportamentais e

afetivas ao trabalho, mensurando o grau em que o trabalho é considerado pelo indivíduo, como parte de sua própria vida.

O segundo componente importante do significado do trabalho consiste na relação que o indivíduo estabelece com as normas socialmente aceitas do trabalho. As normas são componentes importantes para viabilizar e manter a coesão dos grupos. Para Quitanilla e Wilpert (apud BASTOS et al, 1995), essas normas funcionam como padrões sociais que orientam as avaliações individuais a respeito das recompensas obtidas pelo trabalho.

Segundo Bastos et al (1995), as normas sociais consistem numa expressão geral do que seriam trocas justas entre o que o indivíduo recebe da situação de trabalho e as contribuições que ele traz para o processo de trabalho.

O último componente analisado sobre o significado do trabalho trata-se dos resultados ou produtos valorizados do trabalho, os quais relacionam-se com a finalidade que as atividades de trabalho possuem para o indivíduo, correspondendo às indagações acerca do porquê o indivíduo trabalha. Isto corresponde aos componentes associados às noções de satisfação e motivação a respeito do significado do trabalho para o indivíduo. As informações sobre a valorização do trabalho permitem entender o que torna os indivíduos mais ou menos satisfeitos com seu trabalho ou o que torna uma situação mais atrativa do que outra. Na pesquisa desenvolvida pelo MOW, o trabalho pode desempenhar para as pessoas funções abrangentes, expressivas e instrumentais, tais como: o trabalho permite a obtenção de status e prestígio; obtenção dos rendimentos necessários; manter o indivíduo ocupado, em atividade; o contato social, permitindo estabelecer relações interpessoais; sentir-se fazendo algo útil à sociedade; a auto-realização (BASTOS et al, 1995).

2.6.3.3 Premissas Básicas do Trabalho

O trabalho pode ser definido como toda a atividade pela qual o ser humano utiliza sua energia para satisfazer suas necessidades ou para atingir um determinado fim. Através do trabalho, o homem acrescenta um “mundo novo” ao mundo natural que já existe. O trabalho é, portanto, essencial na relação dialética entre o homem e a natureza, entre o saber e o fazer, entre teoria e prática. Desta forma, o trabalho é uma atividade tipicamente humana, que implica a existência de um projeto mental que determina a ação a ser desenvolvida (COTRIM, 1993).

O homem é uma unidade na diversidade, sendo um ser singular particular, que apresenta determinadas qualidades, atitudes e necessidades próprias, mesmo assim, sua singularidade, ainda que particular, é sempre social. Por isso, quando o produto não satisfaz a nenhuma necessidade social, ou é produzido num tempo de trabalho superior ao socialmente necessário, ele passa a ser tratado não como uma execução de um trabalho, mas sim como uma atividade de trabalho (VAZ, 1995).

O trabalho é ao mesmo tempo uma ocupação cotidiana genérica que supera a cotidianidade. Portanto, o homem/sujeito aplica este trabalho nas relações com seus pares, para alcançar o conhecimento de si mesmo e dos outros. Com isso, o conhecimento do homem ocorre em suas relações, a partir das ações coordenadas formadoras das estruturas propriamente sociais, materiais, intelectuais através do trabalho (VAZ, 1995).

Para Fromm (1994), o trabalho é o grande libertador do homem. O homem começa sua verdadeira história humana, quando começa a trabalhar, porque então, separa-se de sua primitiva unidade com a natureza e neste fazer-se modificador da natureza, modifica-se a si mesmo; converte-se em criador, mais do que em parte da

natureza; desenvolve suas faculdades artísticas e racionais, desenvolvendo conseqüentemente a capacidade de empregar suas energias em relação com a natureza e evoluindo como indivíduo.

O desenvolvimento humano se baseia no trabalho, que como grande medida vai acompanhando o desenvolvimento das faculdades humanas. É neste sentido que o referido autor diz que o trabalho liberta o homem e que é o fator mais importante no desenvolvimento do homem, assim a maneira como esse homem faz seu trabalho, é um dos fatores mais importantes de desenvolvimento de sua personalidade (FROMM, 1994).

O trabalho permite ao homem expandir suas energias, desenvolver sua criatividade e realizar suas potencialidades. Ao mesmo tempo em que o homem, pelo trabalho, molda e muda a natureza, ele transforma a si mesmo. Dentro de uma visão positiva, pode-se dizer que o trabalho promove a realização da pessoa, a construção da cultura e a solidariedade entre os homens (COTRIM, 1993).

Porém, ao longo da história, o aparecimento da dominação de uma classe social sobre a outra, ao invés de servir a todos, passou a ser utilizado para enriquecimento de alguns. De ato de criação, passou a ser entendido como rotina de reprodução, de liberdade em castigo, e o ato de realização foi transformado em instrumento de alienação (COTRIM, 1993).

2.6.3.4 O Trabalho e a Evolução Técnica

A evolução técnica dos meios de produção tem acentuado as ambigüidades do trabalho.

Expressões como “transferência de tecnologias” ou “evoluções tecnológicas” traduzem, a partir dos anos 70 uma preocupação profunda com a transformação dos modos de produção (indústria, agricultura e serviços).

As mudanças técnicas podem ser divididas em:

Componentes eletrônicos;

Informática e o tratamento de informações;

Novas energias e novos materiais;

Bioteχνologias.

Os historiadores têm assinalado que as técnicas têm sido interdependentes, tanto no plano sincrônico quanto diacrônico.

Parece, pois, importante apreender o sentido desta evolução tecnológica para poder depreender as consequências sobre a natureza do trabalho.

As mudanças técnicas podem ser situadas numa perspectiva evolutiva que leva em conta certas relações entre três componentes essenciais do trabalho - “o operador, o campo de trabalho e os procedimentos”.

As quatro fases da evolução tecnológica são:

- a) A instrumentalização = dar a mão ao instrumento;
- b) A mecanização = do instrumento à máquina;
- c) A automação = da máquina ao robô;
- d) A interconexão = dos robôs aos sistemas de ajuda inteligentes.

A evolução tecnológica tem demonstrado, claramente, que o homem está mais e mais se afastando dos aspectos físicos e sensório-motores para realizar funções de tratamento de informações (supervisão, controle, decisão).

Em suma, o trabalho é uma atividade complexa, fortemente ligada às evoluções sócio-técnicas, cujos inúmeros mecanismos podem se constituir como objeto de estudo e de intervenção pela psicologia.

Trabalho é uma atividade sistematizada e organizada tendo em vista produzir um efeito produtor feito em comum com os homens e destinada a criar objetos e valores tendo uma utilidade no grupo. É uma atividade disciplinada, submissa aos limites da matéria e do próprio meio (MEYERSON, 1995).

2.6.3.5 Teorias Psicológicas do Trabalho

As teorias psicológicas da psicanálise, psicodrama e condicionamento, mostram as diferentes maneiras de abordagem e conhecimento dos fatores que caracterizam o comportamento das pessoas no trabalho.

Durante muito tempo, estudiosos do comportamento humano nas organizações não imaginaram que os conteúdos inconscientes, valorizados pela Psicanálise pudessem ser úteis na compreensão de certas inadequações das pessoas em situação de trabalho. Não se pretende dizer que tudo, em circunstâncias de trabalho, seja oriundo de motivações inconscientes. Todavia, uma boa parte das condutas estáveis que definem certos tipos de personalidade repousam nesses fatos, cuja origem escapava à vivência atual. Insegurança inexplicável diante dos obstáculos, motivações objetivamente inexplicáveis, desajustamentos aparentemente injustificáveis podem trazer atrás de si uma história de experiências desagradáveis que passaram para o domínio do inconsciente, mas que continuam, mesmo esquecidas atualmente, a determinar a maneira de ser do trabalhador.

Os responsáveis pelos recursos humanos, que desconhecem ou desvalorizam essa dimensão profunda da personalidade, geralmente tentam resolver dificuldades de produtividade ou relacionamento interpessoal no

empregado-problema dando-lhe um descanso em forma de férias ou aplicando-lhe severas medidas administrativas. Por inépcia, não se dá conta de que estão atacando um mero sintoma, ignorando as causas do problema. Neste caso, vêem-se incapazes de agir eficazmente na busca do verdadeiro ajustamento e na obtenção de adequada produtividade” (BERGAMINI, 1982).

A teoria Psicodramática de Moreno, traz para a psicologia a interpretação de situações através da sua dramatização, ou seja, o indivíduo passa a interagir com o seu terapeuta não somente através de palavras mas, sobretudo, da simulação da sua experiência.

Essa nova teoria enriquece os conhecimentos psicológicos sobre o homem, tendo visto que o mesmo procura atribuir maior importância ao presente. São necessários para a aplicação do psicodrama os contextos sociais, grupais e dramáticos, assim como os instrumentos, a saber: o protagonista, o cenário, o ego auxiliar, o diretor ou terapeuta e o auditório ou público.

As aplicações das técnicas psicodramáticas ao homem no trabalho, facilitam sua participação no contexto grupal/organizacional. A aplicação da teoria nas organizações ocorre através do treinamento das pessoas para as funções que delas se exigem; esta técnica substitui a forma tradicional de treinamento que se caracterizava pelo “adestramento” das pessoas. O psicodrama proporciona uma melhor condição para que o indivíduo venha a participar das técnicas do trabalho, facilitando assim o seu desempenho profissional.

O treinamento durante muito tempo visou apenas ensinar as pessoas a saberem executar seu trabalho, sem no entanto, atentar para a superioridade

daquele treinamento que ensina a pessoa a SER a sua função, isto é, assumir seu papel dentro da empresa (BERGAMINI, 1982).

A teoria do Condicionamento Operante de Skinner determina que todo comportamento humano origina-se em algum aprendizado e que este aprendizado pode ser por descoberta ou estímulo e que todo comportamento é causado pelo aprendizado do estímulo e resposta. Para Bergamini (1982), o “estímulo é definido como a modificação de um ou vários aspectos do meio; resposta, como a modificação de uma ou várias partes do comportamento. Portanto, um estímulo não pode ser definido independente da resposta.”

Passa-se a enfocar a busca da aprendizagem que é o processo de memorização das experiências satisfatórias para a repetição no uso necessário. As experiências insatisfatórias são descartadas pela consequência de suas poucas aplicações, consideradas como punições.

Existem mais dois tipos de reforços que são os primários e secundários. Para o homem, os reforços primários são aqueles representados como físicos e fisiológicos e os secundários são os psicológicos. Os reforços primários tratam dos aspectos que podemos chamar de sobrevivência humana, tais como recompensas financeiras, bens materiais, segurança no emprego, etc. Já os esforços psicológicos ocorrem na área superficial da personalidade tratado pela psicologia por “ego”. Os reforços mais comuns vivenciados pela pessoa são os reforços psicológicos os quais muitas vezes ela experimenta e dá-se a si própria quando vence sozinha algo que não lhe foi ensinado; isso provoca na mesma uma reação positiva e permite que ela continue buscando outras tarefas e maneiras de realizá-las, experimentando assim, aquilo que podemos chamar de “massagem do próprio ego”. Se pela realização de tais tarefas a pessoa experimentar o feedback de outrem, ser-lhe-á ainda mais

agradável; “[...] é surpreendente a contribuição do condicionamento, onde o aprendiz tem que atuar mecanicamente no ambiente. Isso também é válido para o treinamento em tarefas de escritório ou administrativas, como são mais comumente chamadas” (BERGAMINI, 1982).

Ainda sobre a teoria operante, Bergamini (1982), coloca:

Skinner faz pensar, também que o reforço positivo deve ser a principal preocupação à pessoa que trabalha> Ele será capaz de estruturar hábitos comportamentais desejados. Portanto, elogios e recompensas são mais eficazes do que punições. Punido, o indivíduo que trabalha extinguirá um comportamento, deixará de atuar de determinada forma mas, em compensação, poderá desenvolver qualquer outro comportamento indesejado até que ocorra novo reforço negativo.

2.6.3.6 A Evolução da Psicologia do Trabalho

Se a evolução da psicologia do trabalho resulta das mudanças técnicas e das concepções do trabalho decorrentes, ela também se inscreve em um movimento mais geral que marca a emergência das ciências humanas.

a) Os Primórdios da Psicologia do Trabalho

A “avaliação das diferenças individuais” foi uma segunda perspectiva, conforme Cattell, na Inglaterra, e Binet, na França); os testes psicotécnicos são frutos desta tendência. Mais tarde, a partir dos trabalhos de Mayo (1930), desenvolveu-se nos Estados Unidos uma corrente: a das “Relações Humanas”. Estes trabalhos reagiam contra o Taylorismo dominante e inspirava-se na psicologia

social; seus tópicos são os problemas de integração nos grupos e a satisfação no trabalho.

Estas primeiras tendências só vão realmente se difundir a partir dos grandes conflitos mundiais. Isto se deve aos problemas de comando e de coesão entre as unidades de combate: estresse e relações entre membros de uma equipe.

Em oposição à visão “psicotécnica” que se preocupa com a adaptação do trabalhador ao trabalho, desde 1926, fala-se em “tecropsychologie” para designar o campo da psicologia que se preocupa com a adaptação psicológica do trabalho ao trabalhador.

O termo “ergonomia”, criado em 1949, tem por objetivo uma melhor adaptação dos métodos e dos meios de trabalho. O termo “psicologia ergonômica”, segundo Sperandio (1980) surge com a necessidade de delimitação. O trabalho pode ser agrícola, comercial, administrativo, médico-social e educativo.

Na tentativa de especificar o trabalho e a psicologia na área industrial, surgem nos Estados Unidos: a psicologia econômica, a psicologia educacional e instrucional, entre outras. Esta multiplicidade de nomenclaturas é índice de tendências reducionistas para conceber e disciplinar a psicologia do trabalho.

São quatro as grandes questões ligadas aos reducionismos:

Psicologia fundamental (do trabalho) ou Psicologia aplicada?

Psicologia do trabalho industrial e as outras: do trabalho agrícola, do trabalho administrativo, do trabalho social?

A favor ou contra os testes psicotécnicos? Uma corrente hodierna tende a considerar a psicologia ergonômica e, a psicologia da formação de domínios importantes da psicologia do trabalho, podendo promover trocas eficazes e não contraditórias com a psicotécnica;

O trabalho é uma atividade individual ou coletiva? Até então tem ocorrido um privilégio das dimensões individuais do trabalho em detrimento dos aspectos coletivos. A “psicologia das organizações” é uma reação a esta tendência.

Psicologia industrial: ausência da análise das modalidades do tratamento de informação efetuada pelo sujeito para fornecer suas respostas.

b) Perspectiva “neo behaviorista” - “Os sistemas homem-máquina”

- 1965 (Leplat e Bisseret): os procedimentos colocados em jogo pelos controladores de navegação aérea.
- Esquemas - árvores
- algoritmos
- organogramas
- Anos 70 (competência - fator organizador interno)

c) Primórdios cognitivistas

- Modelo Piagetiano (dedutivo)
- Modelo Sperandio (indutivo): análise da situação de trabalho de maneira a definir as classes de problemas e os modelos gerais.

d) A Modelização Cognitiva do Operador

- Acidentes
- Anos 80 macro-catástrofe lógica de funcionamento
- macro-acidentes lógica de operacionalização
- Frames (Minsky)
- Scripts (Abelson)
- Slips/Mistakes
- utilizadas para resolução de problemas
- Perigo: desenvolvimento de modelos herméticos, reduzindo o funcionamento do homem a um conjunto de parâmetros programáveis.

2.6.4 Do Taylorismo à Psicologia das Organizações

a) O racionalismo clássico

- Desde o fim do século XIX: Organização Científica do Trabalho - “one best way”.
- Críticas: embrutecedor e alienador. Ex. “Os tempos modernos de Chaplin”.

b) A corrente das relações humanas

- Anos 30 até anos 60 - dinâmica de grupo (Mayo, Lewin e Moreno)
- 1966 - Teorias de Motivação (Herzberg)
- Anos 70 - Círculo de igualdade no Japão.
- Crítica: E as interações entre os sujeitos? E os conflitos?

c) A corrente sistêmica

- Organização e Desenvolvimento (Lawrence e Lovasch e Lickert: 1967)
- Teorias da contingência (Fiedler - 1967)
- Gestão dos conflitos (Weber)
- Negociação dos conflitos (March Simon : 1958)
- Os atores (Croyer e Friedberg: 1977) dos anos 70 a 80.

d) A corrente sócio-técnica

A interdependência dos sistemas de atividades (Currie e Hajjar: 1987) - momento de interação entre a pesquisa fundamental e as práticas de intervenção.

2.6.4.1 Perspectivas da Psicologia do Trabalho

a) Elementos para definir a psicologia do trabalho

- objetivo visado recorte do campo
- pesquisa psicologia do trabalho formalismo
- desenvolvimento sistema de análise
- da conduta de trabalho do trabalho
- objeto de estudo metodologia

A psicologia do trabalho aparece como uma disciplina que descreve e explica o processo de organização de estruturas de condutas de trabalho nas condições do meio ambiente técnico e social particular. Ela apresenta uma visão científica na medida em que deve responder a uma dupla exigência:

- a psicologia do trabalho aparece como uma disciplina que descreve e explica o processo de organização e reorganização de estruturas de condutas de trabalho nas condições do meio ambiente técnico e social particular;
- Positividade - deve descrever rigorosamente o trabalho em termo de observáveis comportamentais, pois uma asserção não é científica a não ser na medida em que ela se encontra em posição de ser negada pelos fatos;
- Inteligibilidade - deve explicar a significação das condutas pois uma asserção não é científica a não ser que ela permita uma inferência dos processos a partir dos fatos observados.

Reportando-nos novamente à Ergonomia, devemos ressaltar que para adaptar o trabalho ao homem, precisamos conhecer profundamente estes dois elementos e suas inter-relações, nunca esquecendo que o homem é único, com peculiaridade. Desta forma, a psicologia do trabalho traz subsídios fundamentais para a compreensão destas relações.

A psicologia do trabalho vem ao longo do tempo sofrendo transformações em relação aos seus objetivos, campo de atuação e estratégias a serem utilizadas. Todas estas mudanças visam acentuar o papel essencial do homem na manutenção do sistema de trabalho.

2.6.5 Taylorismo e Qualidade

O homem, enquanto indivíduo, encerra uma contradição inexplicável, demandando àqueles que se preocupam com seu bem estar ou satisfação de suas necessidades básicas, sendo estes esforços muito grandes, e na maioria das vezes, infrutíferos, para o entendimento da relação capital/trabalho. Os partidários da famosa afirmação de Schopenhauer (apud SANDRONI, 1986) de que “a vida é um negócio que não cobre seus gastos”, se multiplicam transformando o próprio homem (indivíduo) num grande negócio. Esquecem-se de que a produtividade/produção/recurso investido é um modelo matemático muito simples para se consagrar como um parâmetro de medição efetiva, da performance de uma empresa.

A qualidade de vida no interior da empresa fora dos limites da mesma está intimamente ligada e é, por assim dizer, impossível a um colaborador de uma

organização ser incentivado por utópicas conquistas sociais, ao mesmo tempo em que sofre os efeitos tanto fisiológicos quanto psicológicos do ambiente de trabalho e da organização do trabalho, respectivamente.

A seguir, procuraremos desenvolver uma correlação entre Taylorismo e a qualidade total, enfocando os efeitos destas teorias e técnicas sobre o homem e seus aspectos Econômicos, Sociais e Políticos.

2.6.5.1 A Administração Científica do Trabalho

❖ Histórico

Frederick Winslow Taylor (1856 - 1915) é considerado o criador e mentor maior da administração científica. No início de seus estudos manteve um contato direto com os problemas sociais e empresariais oriundos da revolução industrial. Iniciou sua vida profissional como operário, em 1878, na Midvale Steel Co. ascendendo a capataz, contramestre, chefe-de-oficina, engenheiro em 1885, quando se formou pelo Stevens Institute.

Nesse período, o sistema de remuneração do trabalho se fazia por peça produzida ou tarefa executada. De um lado os patrões procuravam ganhar o máximo por ocasião da fixação do preço de tarefa e os operários, por seu turno, reduziam a um terço o ritmo de produção das máquinas, com o fim de contrabalançar o pagamento por peça estabelecido pelos patrões. Esse estado de coisas induziu Taylor a desenvolver o estudo da produção em seus mínimos detalhes.

a) Primeiro Período de Taylor

O primeiro período de Taylor corresponde à época da publicação do seu livro “Shop Management” (Administração de Oficina - 1903), onde o enfoque maior se concentra, exclusivamente, nas técnicas de realização do trabalho do operário, através do estudo de tempos e movimentos (Motion - Time Study)).

Nesse período no qual cuidou unicamente da racionalização do trabalho operário, nasceram os princípios abaixo referenciados, que foram aplicados às funções de supervisão elementar (mestria):

- 1º princípio - Atribuir a cada trabalhador a tarefa mais elevada possível de acordo com suas aptidões pessoais (seleção científica do trabalhador);
- 2º princípio - Solicitar a cada trabalhador uma redução nunca inferior ao padrão estabelecido (tempo padrão);
- 3º princípio - Solicitar aos trabalhadores tarifas de remuneração por unidade produzida, tarifas essas que serão satisfatórias para aqueles que alcancem o padrão estabelecido e mais satisfatórias ainda para aqueles que o ultrapassem (plano de incentivo salarial).

Desenvolveu, igualmente, o estudo cronometrado (análise do trabalho) dos tempos e movimentos (motion - time study), através da decomposição analítica do trabalho dos operários, com o objetivo de racionalá-lo e simplificá-lo, com a finalidade de obter o maior rendimento como “menor esforço e com a maior remuneração”.

Taylor torna o trabalho mecânico e repetitivo, retirando dele toda e qualquer parcela de “tempo inútil”. Cerceou a criatividade do operário, tornando-o um mero expectador e executor das tarefas que se lhe atribui.

E, por fim, julgou ser possível atribuir a cada operário a tarefa mais adequada às suas condições físicas e aptidões, dando ao mesmo, possibilidades de fazer seus trabalhos na empresa com a maior eficiência e de receber, em compensação, um salário bem superior à média de sua categoria.

O estudo de tempos e movimentos e a cronometragem constituem par Taylor o fundamento da racionalização do trabalho.

O ponto de partida da Organização Racional do Trabalho, segundo Taylor, pode ser resumido aos seguintes aspectos fundamentais:

1. Ciência em lugar do empirismo e da improvisação;
2. Seleção e treinamento dos trabalhadores;
3. Articular o trabalho com a ciência;
4. Divisão do trabalho e das responsabilidades.

b) Segundo Período de Taylor

Este período corresponde à época da publicação do seu livro: “Princípios de Administração Científica” (1911), quando concluiu que a racionalização do trabalho operário deveria ser logicamente acompanhada de uma estruturação geral da empresa que a tornasse coerente à aplicação dos seus princípios.

Nesse período, desenvolveu estudos sobre administração geral, a qual denominou de Administração Científica, não abandonando sua preocupação com a tarefa do operário.

Ao estudar as disfunções empresariais da época, agrupou-as como sendo proveniente de três fatores:

1. Lentidão sistemática por parte dos funcionários, que reduziam propositadamente a produção a cerca de um terço da que seria normal, para evitar a redução das tarifas de salário pela gerência. Há três causas de vadiagem no trabalho, que podem ser assim resumidas:

- o erro que vem da época imemorial e quase universalmente disseminado entre os trabalhadores, de que o maior rendimento do homem e da máquina terá como resultante o desemprego de grande número de operários;
- o sistema defeituoso de administração comumente em uso, que força os operários à ociosidade no trabalho, a fim de melhor proteger seus interesses;
- os métodos empíricos ineficientes, geralmente utilizados em todas as empresas, com os quais o operário desperdiça grande parte de seu esforço e de seu tempo.

2) Desconhecimento, pela gerência, da rotina de trabalho e do tempo necessário para sua realização;

3) Falta de uniformidade das técnicas ou métodos de trabalho.

Idealizou o seu sistema de administração ao qual denominou “Scientific Management” e que nos países de língua latina foi difundido com os nomes “Sistem Taylor”, “Gerência Científica”, “Organização Científica do Trabalho”.

2.6.5.2 Fundamentos da Administração Científica

Taylor caracterizou os fundamentos da Administração Científica, como sendo:

- a) Objetivo Principal da Organização - o principal objetivo da administração deve ser assegurar o máximo de prosperidade ao patrão e, ao mesmo tempo, o máximo de prosperidade ao empregado;
- b) Identidade de interesses de empregados e empregadores;
- c) Influência da produção na prosperidade de empregadores e empregados;
- d) Administração Científica e o Sistema de Iniciativa e Incentivo;
- e) Princípios da administração científica.

Enumerou quatro princípios básicos:

Princípio do planejamento: substituir no trabalho o critério individual do operário, a improvisação e a atuação empírico-prática, pelos métodos baseados em procedimentos científicos;

1. Princípio do preparo: selecionar cientificamente os trabalhadores, prepará-los e treiná-los para produzirem mais e melhor;
2. Princípio do controle: controlar o trabalho para se certificar de que o mesmo está sendo executado de acordo com as normas estabelecidas e segundo o plano previsto;

3. Princípio da execução: distribuir distintamente as atribuições e as responsabilidades, para que a execução do trabalho seja bem mais disciplinada;
- f) Divisão do trabalho e especialização do trabalhador;
- g) Supervisão funcional.

2.6.5.3 O Conceito do “Homos Economicus”: concepção do homem segundo o Taylorismo

Os autores da corrente da Administração Científica desenvolveram uma proposição acerca da motivação do trabalhador, que se caracteriza pelo conceito do “Homos Economicus”. Em linhas gerais esse conceito tem como pressuposto básico, a presunção de que o homem é influenciado profundamente por recompensas e sanções salariais e financeiras. Segundo Taylor, a administração científica deve estudar as capacidades físicas do trabalhador, através dos estudos de tempos e movimentos, mas com uma abordagem econômica, considerando o homem motivado pelo medo da fome e da busca do dinheiro. Os principais partidários da administração científica achavam que uma vez selecionados cientificamente os trabalhadores do ponto de vista físico, ensinado o melhor método de trabalho e condicionado sua remuneração à sua eficiência, este passaria a produzir o máximo de que fosse capaz fisicamente.

2.7 Estresse: o Estado de Alerta no Planeta

O **estresse** é um fenômeno psicofísico que sempre existiu no comportamento humano.

Desde os primórdios de nossa vida neste planeta, a natureza nos munuiu de um dispositivo de percepção que coloca nosso corpo em estado de alerta contra possíveis ameaças e perigos, independentemente da vontade externa, de nossa própria vontade e muitas vezes até mesmo da razão. Esta, quando requisitada, participa apenas da construção da estratégia de controle e de melhor lida com o agente estressor.0000000000,0

A diferença qualitativa reside porém entre o **Estresse** e o **Distresse**. Este, por caracterizar a dimensão maléfica deste estilo de vida, provoca doenças, distúrbios, sintomas, comportamentos absurdos e a morte. Ele atinge tanto o corpo, como a psiquê, o espírito e a conduta social.

O **Eustresse**, por ser um bom estresse, não é menos perigoso, no entanto essencial e indispensável para a existência humana que esteja mais voltada para o prazer do que para o sofrimento de viver.

Vale a pena refletir sobre o fato de que, as condições de vida, neste planeta continuam se deteriorando e se tornando, a cada século, mais difíceis. Ainda que todo o progresso tecnológico-científico-industrial e o aprimoramento da estrutura Sócio-Política tentem nos convencer da idéia de desenvolvimento, em plena passagem do vigésimo século (já se passaram 20 séculos e 503 anos de existência do nosso país!) o ser humano ainda vive em condições muito deprimentes.

Não é fácil encontrar uma definição para **“estresse”** aceita por todos. O termo é usado livremente por pessoas e grupos diferentes para exprimir significados

diversos. Os médicos falam em termos de mecanismos fisiológicos; os engenheiros, em resistência; os psicólogos, em mudança comportamental; os consultores gerenciais, em desafio organizacional; os lingüistas, em acento Tônico; e os leigos se utilizam desta palavra para definir quase tudo, desde as complexidades de se equilibrar o orçamento doméstico até os problemas dos pais quanto á orientação de seus filhos. Para alguns, como os engenheiros e lingüistas, o estresse é natural e até desejável; para outros, como os médicos e leigos, ele representa um sofrimento (FONTANA, 1991).

Examinando a origem da palavra, parece ter vindo para a língua inglesa (**stress**, por volta de 1100 – 1500) da antiga palavra francesa “**destresse**”, que significava “ser colocado sob aperto ou opressão” (francês arcaico estresse). Portanto, sua forma em inglês médio era *distress*. Ao longo dos séculos, o *di* se perdeu, e ficamos com duas palavras, *stress* e *distress*, as quais possuem hoje significados bastante diversos: um ambivalente e outro sempre indicando algo desagradável (FONTANA, 1991).

Portanto, quanto à sua origem, a palavra *stress* refere-se a aperto ou opressão de alguma espécie, e *distress* é o estado em que se padece deste aperto ou opressão. Entretanto, o inglês moderno parecia necessitar de uma palavra que ficasse a meio caminho entre “pressão” e “ênfase”, tendo algo das conotações potencialmente dolorosas da primeira e algo das conotações mais neutras da segunda. Com o passar do tempo, *stress* tornou-se a palavra usada em português, com a grafia estresse e parece ser a mais indicada.

Devemos considerar o estresse uma ocorrência fisiológica e normal no reino animal. O estresse é a atitude biológica necessária para a adaptação do organismo a uma nova situação. Em medicina entende-se o estresse como uma

ocorrência global, tanto do ponto de vista físico quanto do ponto de vista emocional. As primeiras pesquisas médicas sobre o estresse estudaram toda uma constelação de alterações orgânicas produzidas no organismo diante de uma situação de agressão.

Fisicamente o estresse aparece quando o organismo é submetido a uma nova situação, como uma cirurgia ou uma infecção, por exemplo, ou, do ponto de vista psicoemocional, a uma situação entendida como ameaça. De qualquer forma, trata-se de um organismo submetido a uma situação nova (física ou psíquica), pela qual ele terá de lutar para adaptar-se, conseqüentemente, sobreviver. Portanto, o estresse é um mecanismo indispensável para a manutenção da adaptação à vida, indispensável pois, à sobrevivência.

Do ponto de vista psíquico o estresse se traduz na ansiedade. A ansiedade é, assim, uma atitude fisiológica (normal) responsável pela adaptação do organismo às situações de perigo (FONTANA, 1991).

Portanto, se quisermos entender o estresse, devemos atentar tanto para as exigências externas (quais são elas e como podem ser aumentadas ou reduzidas quando for necessário) como para as nossas capacidades pessoais (como reagimos ao estresse e como nossas reações podem ser modificadas de acordo com as necessidades). Devemos ainda reconhecer, desde o início, que, assim como as exigências podem variar de uma pessoa para outra, ou na mesma pessoa, de um dia, mês ou ano para o outro.

Em termos práticos, isso quer dizer que a pessoa estressada deve atentar, em primeiro lugar para o *ambiente* a fim de identificar as exigências que lhe estão sendo impostas e saber se elas podem ser alteradas ou reduzidas de alguma forma; e, em segundo lugar, *para si mesma*, para saber se as reações pessoais a estas

necessidades também podem ser modificadas, aumentando assim a capacidade ou fazendo melhor uso daquela já disponível.

Estima-se que entre metade a três quartos de todas as doenças e acidentes estão relacionadas ao estresse excessivo. Não há dúvidas de que estas conseqüências costumam, de fato, ser muito prejudiciais. Em vista da maneira pela qual a mente e o corpo parecem influenciar-se mutuamente, também não podemos separar todos os aspectos fisiológicos dos psicológicos (FONTANA, 1991).

2.7.1 Conseqüências Fisiológicas do Estresse

Cada uma das reações corporais às exigências do estresse é útil em si; preparam o corpo para responder aos desafios que têm que enfrentar, mantendo o terreno e contra-atacando ou efetuando uma rápida retirada estratégica. Esta resposta, chamada de “lutar ou fugir”, acontece ao nível do sistema nervoso autônomo. Em outras palavras, não a desejamos conscientemente por meio do sistema nervoso central.

A sociedade moderna em geral não permite que, *fisicamente*, lutemos ou fuçamos quando defrontamos os estressores, nem os remove para que possamos relaxar. Permanecemos em estado de alerta para uma ação que não podemos empreender, e o corpo, depois de algum tempo, começa a sentir os efeitos (FONTANA, 1991).

É importante observar os aspectos principais da resposta corporal ao estresse e os danos que cada um deles pode provocar.

❖ **Mobilização de Energia**

a) Liberação de adrenalina e noradrenalina das supra-renais na corrente sangüínea

Estas agem como poderosos estimulantes, acelerando os reflexos, aumentando o ritmo de batimentos cardíacos e a pressão sangüínea, elevando os níveis de açúcar no sangue e o metabolismo corporal. O resultado é uma maior capacidade e desempenho em curto prazo; quanto mais sangue é bombeado para músculos e pulmões, mais as reservas de energia são aumentadas e as respostas, aguçadas.

Mas, se tudo isto não se traduz em uma ação instantânea, as conseqüências a longo prazo podem incluir distúrbios cardiovasculares como moléstias do coração e derrames, problemas renais devido à hipertensão arterial e oscilações nos níveis de açúcar no sangue, agravando assim o diabetes e a hipoglicemia (FONTANA, 1991).

b) Liberação de hormônios tireoidais da glândula tireóide na corrente sangüínea

Estes aceleram ainda mais o metabolismo corporal, aumentando assim a taxa à qual a energia pode ser queimada e traduzida em atividade física.

Porém, se prosseguir por muito tempo, o metabolismo acelerado leva à exaustão, à perda de peso e, por fim, ao esgotamento físico.

c) Liberação de colesterol do fígado na corrente sangüínea

Aumenta ainda mais os níveis de energia, ajudando a função muscular. Contudo, níveis permanentemente altos de colesterol no sangue estão relacionados à elevação do risco de arteriosclerose (endurecimento das artérias), fator importante nas moléstias e nos ataques cardíacos.

Além da mobilização da energia em si, existe uma série de funções corporais reunidas em resposta ao estresse que apóiam esta mobilização. Estas são análogas às tropas de apoio que ficam logo atrás da linha de frente, auxiliando-a em suas tarefas (FONTANA, 1991).

2.7.2 Conseqüências Psicológicas do Estresse

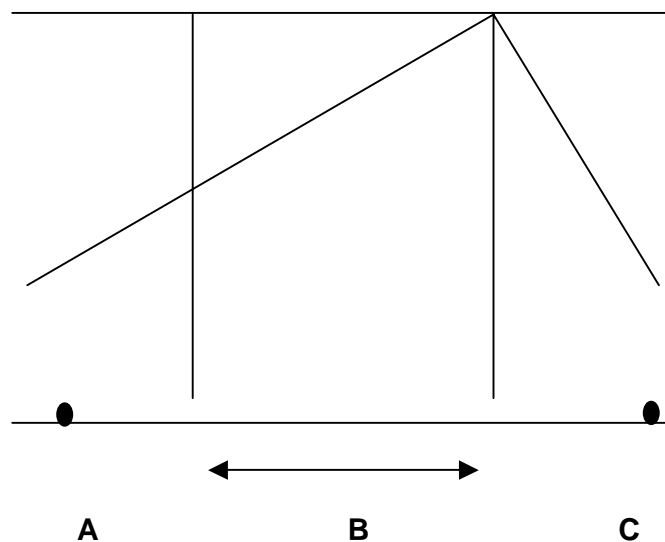
Níveis de estresse parecem psicologicamente benéficos. Renovam nosso interesse pela vida, ajudam-nos a pensar mais rápido e a trabalhar com mais afinco, e nos incentivam a nos sentir úteis e valorizados, com finalidades e objetivos definidos a atingir. Quando o estresse ultrapassa os níveis ótimos, porém, ele esgota nossa energia psicológica, prejudica nosso desempenho e, muitas vezes faz nos sentir inúteis e desvalorizados com finalidades reduzidas, e objetivos inatingíveis (FONTANA, 1991).

Hans Selye (1965), chamou a atenção da classe médica e dos psicólogos para os efeitos do estresse, popularizou o modelo da *Síndrome de Adaptação Geral* (SAG) de nossa reação aos estressores. Ele distingue três fases em nossa reação:

- A reação de alarme;

- O estágio da resistência;
- O estágio da exaustão.

Estas três fases ilustram o que acabamos de dizer a respeito das reações fisiológicas ao estresse. O corpo é alertado (reação de alarme), a atividade autônoma é disparada (o estágio da resistência) e, se perdurar por muito tempo, provoca danos e ocorre o esgotamento (o estágio da exaustão). Estas fases são, algumas vezes, representadas por gráfico como o seguinte:



Fonte: Fontana (1991).

Figura 10: As três fases da Síndrome de Adaptação Geral.

A pequena queda durante a fase A, a reação de alarme, indica que, à primeira exposição a um estressor, a resistência fisiológica na verdade cai por um curto espaço de tempo, enquanto o corpo reúne suas forças (seu exército) para a resistência. A duração da fase B, o estágio de resistência, depende muito da força

do indivíduo, mas, se ele for obrigado a sustentar por muito tempo, a fase C, o estágio da exaustão, invariavelmente se segue (FONTANA, 1991).

Este modelo biológico ainda é útil, quando consideramos aspectos psicológicos. Diante de um estressor, costuma haver uma pausa (longa ou curta, dependendo da sua proximidade da complexidade), enquanto o indivíduo efetua suas avaliações cognitivas. Depois, há um estágio de resistência (de luta) com o estressor, seguido (caso se prolongue além da capacidade de resistência do indivíduo) de um estágio de esgotamento psicológico. Durante o estágio de resistência, o funcionamento psicológico poderá aumentar, ao passo que, no estágio de queda da resistência para o esgotamento, ele será progressivamente prejudicado e, uma vez atingido o esgotamento, o funcionamento psicológico poderá deixar de existir de forma útil (FONTANA, 1991).

Devido às íntimas ligações existentes entre fisiologia e psicologia, as fases fisiológicas A, B e C podem ser superpostas quase exatamente sobre as fases psicológicas A, B e C, para a maioria das pessoas. A energia fisiológica não é distinta da psicológica.

Quanto mais sentirmos fisicamente esgotados pelo estresse, mais esgotados nos sentimos psicologicamente, e vice-versa. Porém, alguns indivíduos desistem psicologicamente tão logo sentem os primeiros sinais de perda fisiológica, enquanto, em outro extremo, uns poucos prosseguem até e mesmo além do estágio de esgotamento físico, impulsionando-se apenas pelo que chamamos de força de vontade (FONTANA, 1991).

Em termos dos efeitos psicológicos, benéficos ou prejudiciais, do estresse, os primeiros se aplicam até certo ponto durante a fase B, a de resistência (o ponto exato depende das avaliações cognitivas, pelo indivíduo, da utilidade do estressor, e

de suas forças de resistência e sua necessidade de desafios), e os segundos assumem o controle durante a fase C, de exaustão.

Estes efeitos prejudiciais variam de indivíduo para indivíduo, mas os mais importantes podem ser resumidos como:

- Efeitos Cognitivos;
- Efeitos Emocionais;
- Efeitos Comportamentais Gerais (FONTANA, 1991).

❖ **Efeitos Cognitivos do Estresse**

- *Decréscimo da concentração e da Extensão da atenção:* a mente encontra dificuldades para permanecer concentrada. Diminuem os poderes de observação;
- *Aumenta a desatenção:* a linha do que está sendo ensinado ou dito é perdida com frequência, mesmo no meio de frases;
- *Deterioram-se a memória de curto e longo prazo: reduz-se a amplitude da memória. A lembrança e o reconhecimento diminuem, mesmo a respeito de materiais familiares;*
- *A velocidade de resposta torna-se imprevisível:* a velocidade real da resposta reduz-se; as tentativas de compensação podem levar a decisões apressadas;
- *Aumenta o índice de erro:* como consequência de todos os itens anteriores, os erros aumentam em tarefas manipulativas e cognitivas. As decisões tornam-se suspeitas;

- *Deterioram-se os poderes de organização e planejamento de longo prazo:* a mente não pode avaliar com exatidão as condições existentes nem prever as conseqüências futuras;
- *Aumentam as ilusões e os distúrbios de pensamento:* o teste da realidade torna-se menos eficiente, a objetividade e os poderes de crítica são reduzidos, os padrões de pensamento tornam-se confusos e irracionais (FONTANA, 1991).

❖ **Efeitos Emocionais do Estresse**

- *Aumentam as tensões físicas e psicológicas:* reduz-se a capacidade de relaxamento do tônus muscular, de se sentir bem, de se desligar das preocupações e ansiedades;
- *Aumenta a hipocondria:* queixas imaginárias acrescentam-se aos males reais do estresse. Desaparecem as sensações de saúde e de bem-estar;
- *Ocorrem mudanças nos traços de personalidade:* pessoas asseadas, cuidadosas podem tornar-se desleixadas e relaxadas; pessoas carinhosas podem ficar indiferentes; as democráticas, autoritárias;
- *Crescem os problemas de personalidade existentes:* pioram a ansiedade, a supersensibilidade, a defensiva e a hospitalidades já existentes;
- *Enfraquecem-se as restrições de ordem moral e emocional:* os códigos de comportamento e de impulso sexual enfraquecem-se (ou,

por outro lado, tornam-se irrealisticamente rígidos). Aumentam as explosões emocionais;

- *Aparecem a depressão e a sensação de desamparo:* o entusiasmo cai ainda mais, surge um sentimento de impotência para influenciar os fatos ou os próprios sentimentos a respeito deles;
- *A auto-estima diminui de forma aguda:* desenvolvem-se sentimentos de incompetência e de inutilidade (FONTANA, 1991).

❖ **Efeitos Comportamentais Gerais do Estresse**

- *Aumentam os problemas de articulação verbal:* aumentam os problemas já existentes da gagueira e hesitação, podendo surgir em pessoas até então não afetadas;
- *Diminuem os interesses e o entusiasmo:* os objetivos de vida podem ser abandonados. Passatempos podem ser esquecidos. Objetos de estimação, vendidos;
- *Aumenta o absenteísmo:* atrasos ou falta no trabalho por doenças reais ou imaginárias ou por desculpas inventadas tornam-se um problema;
- *Cresce o uso de drogas:* torna-se mais evidente o abuso de álcool, cafeína, nicotina e medicamento ou drogas;
- *Abaixam os níveis de energia:* os níveis de energia caem ou podem variar de forma marcante de um dia para outro, sem razão aparente;

- *Rompem-se os padrões de sono:* ocorre dificuldade para dormir ou para permanecer adormecido por mais de quatro horas;
- *Aumenta o cinismo a respeito dos clientes e colegas:* desenvolve-se a tendência de jogar a culpa sobre os outros. “O que se pode fazer com pessoas como estas?” “Eles só terão de novo a mesma disposição daqui a seis meses”. “Ninguém se importa, exceto eu”;
- *Ignoram-se novas informações:* são rejeitadas até mesmo novas regulamentações ou novos acontecimentos potencialmente úteis. “Estou ocupado demais para me importar com coisas como essas” (FONTANA, 1991);
- *Responsabilidades são transferidas para outros:* aumenta a tendência a redefinir limites e excluir tarefas desagradáveis de seu campo;
- *“Resolvem-se” os problemas de forma cada vez mais superficial:* são adotadas soluções paliativas e de curto prazo, e abandonadas as tentativas de aprofundamento e de acompanhamento. Em algumas áreas, ocorrem “desistências”;
- *Surgem padrões bizarros de comportamento:* surgem maneirismos estranhos, imprevisibilidade e comportamentos não característicos;
- *Podem ocorrer tentativas de suicídio:* surgem frases como “acabar com tudo” e “é inútil continuar”.

A incidência destes efeitos negativos pode variar de um indivíduo para outro. Poucas pessoas apresentam todos eles, mesmo sob estresse mais extremo; o grau de severidade também varia de pessoa para pessoa (FONTANA, 1991).

2.7.3 A Reação de Estresse

Resposta Fisiológica	Vantagem
Aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial	Mais sangue é bombeado para o cérebro, pulmões, braços e pernas, transportando mais oxigênio e suprimentos.
Aumento da respiração	A respiração se torna mais profunda e rápida, para suprir os músculos com mais oxigênio.
Tensão muscular	Os músculos ficam contraídos, prontos para agir.
Aumento da sudorese	Resfriam a musculatura superaquecida.
Açúcares e gorduras liberados para a corrente sanguínea	Fornecem o suprimento energético para pronta utilização.
Liberação de fatores de coagulação do sangue	O sangue coagula mais rapidamente reduzindo as perdas sanguíneas, caso haja lesão.
Diminui a digestão	A maior parte do suprimento sanguínea foi desviada para o cérebro e os músculos.

Quadro 1: Reação do Estresse.

“Combater o estresse é antes de tudo reaprender a interagir com pessoas e reagir saudavelmente diante das ocorrências da vida” (DELBONI, 1997).

2.8 Psicopatologias

O comportamento humano é função de uma cultura, antes de ser uma singularidade biológica ou pessoal (pois o ser humano só pode existir no interior de sistemas lingüísticos). Isto pressupõe uma conversão profunda dos suportes biofisiológicos. Uma cultura ou sociedade humana é um sistema complexo de produção que utiliza meio semiótico e virtual (sistemas lingüísticos e psíquicos) para agir sobre forças naturais. Este processo produtivo que caracteriza uma cultura humana produz tanto a objetividade quanto a subjetividade, isto é, as formas materiais e as formas psicovirtuais da realidade. No interior de uma cultura, aquilo que se tem por realidade é o produto da atividade sócio-cultural que conecta e ativa forças e matérias-primas, meios de produção, signos da linguagem e agentes produtivos, numa engenharia de processos que é a sua objetividade, ou exteriorização relativa. Este processo de culturalização das forças naturais, através da criação da Linguagem e do Pensamento, concomitante ao desenvolvimento da organização produtiva, foi descrito de formas muito diferentes entre si, em inúmeras obras e pesquisas, em especial na Filosofia e nas Ciências Humanas. Citar-se-ia obras de Dürkheim, Marx, Nietzsche, Weber, Foucault e Deleuze, entre outros.

A relatividade da subjetividade, o questionamento do postulado fundamental da Ciência, bem como a relatividade da Verdade, é o tema principal da epistemologia da Ciência do século XX. Karl Popper (1975), em sua obra *O Conhecimento Objetivo*, e outros epistemólogos da Ciência demonstram a dependência da verdade científica aos sistemas lógicos, semióticos e técnicos com os quais se opera na construção do “conhecimento objetivo”. Thomas Khun (1977) mostra a dependência de verdade científica, ou sua objetividade, aos paradigmas

que dominam a racionalidade científica em um dado estágio de desenvolvimento. Ao mudarem os paradigmas é a própria noção de real que muda. A Verdade é sempre uma aproximação assintótica, infinita, de um objeto que por definição é inatingível em si mesmo, pois que depende da rede semiótica no qual é tornado *objeto de conhecimento*. As teorias se suplantam continuamente, mas, a sua aproximação com a Verdade Absoluta do *objeto* permanecem estáticas e temporárias. Bachelard (1983), em *Epistemologia*, diz que nas Ciências Naturais do século XX há uma introdução cada vez maior de um racionalismo kantiano contra um empirismo primário do positivismo atomístico e mecanicista do século XIX. Este empirismo acreditava na possibilidade de atingir a *coisa em si*, não fazendo a crítica dos meios lógicos, semióticos e técnicos do conhecimento científico. O racionalismo kantiano, que nega a possibilidade de atingir a *coisa em si mesma*, acompanha o relativismo cognitivo da ciência atual. Este é um dos fatos que explicam a vocação interdisciplinar do conhecimento contemporâneo.

Por sua vez, a filosofia moderna, em especial em Marx e Nietzsche, desde o século XIX, vem fazendo a crítica da *objetividade* científica. É que a Ciência, enquanto dominada pelo empirismo mecanicista, não faz a análise da história social dos objetos de conhecimento e nem da linguagem, da lógica de interpretação e da forma de seleção dos fenômenos e de seus componentes. A Ciência começa por esquecer as camadas de significações sociais e etnocêntricas baseadas não em sistemas de fatos, mas sim, em sistemas de valores que geram fatos culturais e que são tomados pelo *senso comum*, ao qual a ciência permanece ligada, como fatos naturais e universais. Esta ilusão de uma objetividade em si mesma, para além da coordenada espaço-temporal, ou geográfico-históricas, está presente nas concepções que a psiquiatria e a psicologia fizeram das disfunções

comportamentais. Em *Doença Mental e Psicologia*, Foucault (1984) mostra a relatividade histórica e social dos sistemas cognitivos da Cultura Moderna sobre a natureza, os conceitos e a etiologia das disfunções mentais, relatando as contradições destes sistemas entre si, suas evoluções e transformações desde o nascimento de uma psicopatologia geral do século XIX.

Numa segunda pesquisa, intitulada *História da Loucura na Idade Clássica*, Foucault (1978) mostrará que a associação da loucura à doença somente será feita no século XIX, justamente através da construção do conceito de *doença mental* pela psicopatologia geral positivista e da criação do asilo psiquiátrico. O asilo psiquiátrico surge após a Revolução Francesa quando já não mais se justificava o seqüestro do “louco”, e sua mistura com todo tipo de “comportamento desviante”, através de medidas judiciais.

O internamento judicial dos indivíduos declarados loucos é uma invenção da Cultura Ocidental em sua Idade Clássica (séculos XVII e XVIII). Ainda na Idade Média, a experiência da loucura não tinha esse caráter negativo que vai exigir a exclusão social, do membro atingido, da comunidade. Pelos princípios do cristianismo medieval, o louco e o miserável podiam ocultar o próprio Cristo que vinha reclamar o ato de caridade. O “louco” era marcado com um signo divino que garantia sua livre passagem e sua conservação no seio da sociedade feudal. Porém, com a destruição do sistema de produção e da cultura feudais, o novo sistema social se ergue sobre uma outra filosofia ou ideologia cristã, aquela da Reforma e da Contra-Reforma. Esta nova ideologia cristã vê na riqueza e, na propriedade os signos da eleição divina e, na miséria e na loucura os signos da condenação. A nova ordem social emergente exige a extirpação de tudo àquilo que não possa entrar em sua máquina produtiva. Por outro lado, milhões de seres humanos, emanados das

ruínas feudais, ou se tornam assalariados do capitalismo nascente ou então vagueiam na marginalidade por toda Europa. Estas populações famintas e sem mais nenhum vínculo com qualquer determinação ou identidade sociais, a não ser aquelas que elas traçam para si mesmas, constituem uma ameaça à segurança da cultura européia e suas cidades. Como solução, os conselhos de “cidadãos” (grandes comerciantes, donos de manufaturas, banqueiros, etc.), em quase toda a Europa, propõem à aristocracia e ao clero as casas de internamento, onde os denominados miseráveis eram seqüestrados e destinados a ali permanecerem até que se tornassem “úteis” e “bons”, ou então para que morressem. Entre estes se encontravam os “loucos” que são misturados a todas as espécies do Desatino; do crime às perversões. Esta associação marcará profundamente a experiência moderna da loucura que aparecerá soldada ao crime e ao vício. Em meio aos horrores dos porões do internamento se fundem as formas da loucura com o desatino em geral e também se traça o rosto que a psiquiatria, no século XIX, diagnosticará como o do doente mental. A psiquiatria, a psicologia e a psicanálise apreendem “ingenuamente” uma realidade social e historicamente produzida por uma espécie patológica natural. A nova forma social de produção (que se afirma a partir do século XVII e se consolida no século XIX), ao agir sobre certas singularidades comportamentais, através de mecanismos de Indução, Incitamento, Repressão, Recalcamento, Seleção, Controle, Culpabilização e Eliminação, acaba por produzir formas anômalas de comportamento.

As “disfunções mentais” e os “desvios comportamentais”, nas análises epistemológicas e interdisciplinares de Foucault aparecem como essencialmente ligadas aos processos de produção das realidades sócio-culturais. Nestas análises aparece a complexidade do tema da doença mental que não é de nenhum modo

exclusivamente de ordem médica e psicológica, mas atravessa campos muito heterogêneos do saber, como a sociologia, a epistemologia, a filosofia política, a história, a economia, a Enfermagem, etc.

2.8.1 O Conceito de Doença Mental

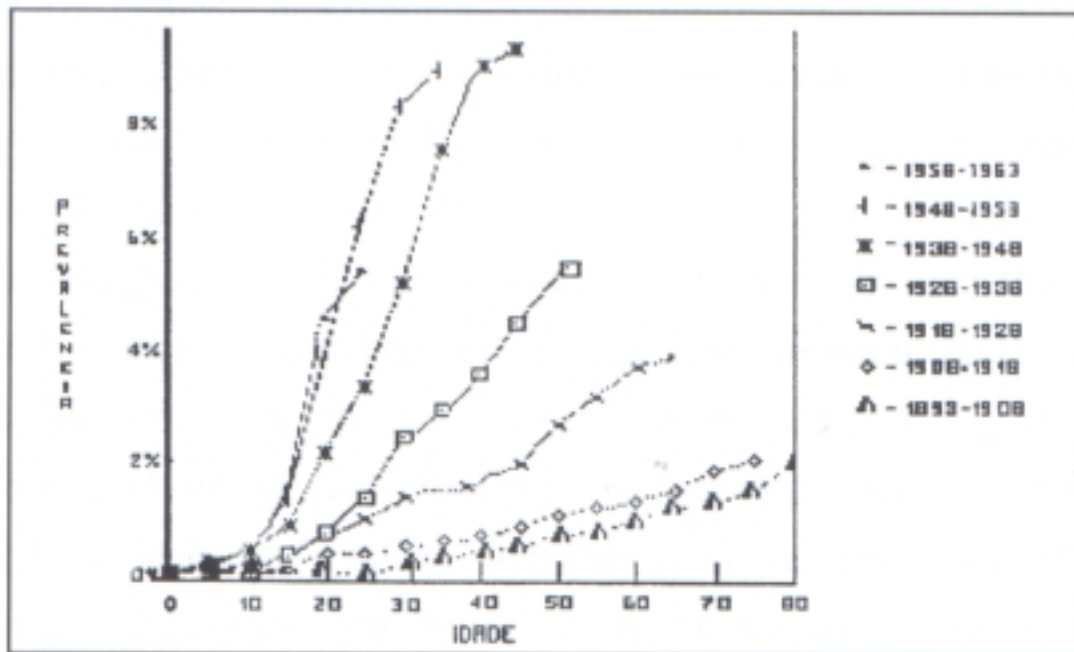
O conceito de doença mental foi produzido pela psiquiatria e pela psicologia nascente do século XIX. Os objetos ou fenômenos aos quais este conceito se aplica apresentam uma variação muito grande e, seu modelo foi baseado naquele das doenças orgânicas ou somáticas. A noção de doença mental parece, pré analiticamente, fácil de ser constatada nas alterações negativas, imediatamente verificadas, do comportamento dos indivíduos atingidos. Porém, a separação entre o normal e o patológico, em termos comportamentais, é relativa à realidade sócio-cultural. Neste limiar de realidade, o indivíduo como agente sócio-cultural é construído segundo diretrizes simbólicas, semióticas e virtuais que o orientam segundo representações e significações que lhe determinam um lugar e uma identidade no sistema de produção de sua cultura e sociedade. Esta identidade pode ser negativa, definida como desvio da norma, e esta cultura e sociedade podem lhe ser hostis.

No interior de qualquer cultura um comportamento patológico ou desviante é facilmente constatado pela conduta negativa que o indivíduo parece impor a si, aos outros e às leis básicas da sobrevivência e da conservação, mas no interior de outras culturas o mesmo comportamento pode ter significações e conseqüências completamente opostas.

A psicologia experimental, a psiquiatria e a psicanálise (referenciadas em uma psicopatologia geral que estuda a doença mental segundo o modelo metodológico da medicina somática e fundadas sobre o modelo científico/positivista e evolucionista de análise e interpretação) começaram por considerar que a doença mental se caracterizava por uma abolição das estruturas e funções superiores adquiridas no decorrer da evolução. C. Jackson, citado por Foucault (1984), em *Fatores da Loucura*, postulava que se houvessem, por exemplo, quatro camadas cerebrais (ou estruturas e funções superiores segundo a ciência do século XIX) A + B + C + D, a forma mais benigna da loucura suprimiria uma das estruturas, ficando então - A + B + C + D. Com o desdobramento do processo patológico, as outras estruturas vão sendo abolidas num processo regressivo que tende a lançar o indivíduo atingido nas formas primárias da animalidade. Este esquema jacksoniano identifica a doença mental à regressão ou degenerescência evolutiva. A psicologia experimental, behaviorista ou comportamental, a psiquiatria clínica e a psicanálise mantêm este modelo orgânico e evolutivo das disfunções mentais, mas acrescentam “a história individual” fundada sobre relações psicossociais. Contudo, esta orientação psicossocial não analisa as relações entre o sistema de produção, ou da organização do trabalho, e a ontogênese do agente produtivo. Pelo fato de um comportamento anormal se caracterizar pelo “desvio” ou a “abolição” de certas funções psicológicas, ou, da mesma forma, determinar na história individual das relações psicossociais dissonantes, isto ainda não diz nada sobre a natureza deste comportamento e nem quais são suas causas.

2.8.2 Epidemiologia das Psicopatologias

Simon et al (1992), observaram um aumento das psicopatologias durante o decorrer do século XX, mostrando uma prevalência maior durante a existência do indivíduo e seu aparecimento em idades cada vez mais precoces. Na esquizofrenia, depressão maior e desordens de pânico, os indivíduos respondentes com idade entre 36 e 45 anos apresentaram uma taxa de prevalência durante a vida 6 a 8 vezes maior que entre aqueles com 65 anos. Dependência e abuso de álcool, desordens fóbicas, desordens de pânico e esquizofrenia também apresentaram esta dramática evolução temporal.



Fonte: Journal of Epidemiology.

Figura 11: Prevalência cumulativa de depressão maior de acordo com a idade, correspondentes estratificados pelo ano de nascimento.

Em torno de 50% das perdas diárias de trabalho na Inglaterra são devidas ao estresse, com um custo de 4 bilhões de libras. Este foi o resultado de um estudo conduzido pelo professor Cary Cooper e Sue Cartwright do Instituto de Ciências e Tecnologia da Universidade de Manchester. A Confederação Britânica da Indústria e o Congresso da União de Comércio foram persuadidos a trabalhar com o Departamento de Saúde para examinar um caminho para reduzir o estresse (DEAN, 1995).

Dean (1995) considerou a sobrecarga de trabalho como o fator chave na gênese do estresse, freqüentemente devido a muitas horas seguidas de trabalho. Ela age como um fator de tensão para a saúde física e psicológica e relações interpessoais. Ele cita pesquisas, na Suécia e EUA, declarando que trabalhos com mais de 48 horas semanais dobram o risco de doenças coronárias.

A prevalência estimada de distúrbios de depressão ativa, definido pelo DSM-III, para 175.000 adultos de Eastern Baltimore, pesquisada por Romanovski (1992), foi de 5,9% do total da população com base na amostra, sendo que 1,4% encontrava-se ativamente deprimida mas não encontrava os critérios definidos pela DSM-III. Foram classificadas como tendo depressão maior 1,1% da amostra e 3,4% como tendo outras desordens depressivas. Daqueles com depressão maior, preencheram os critérios da DSM-III para: características psicóticas 21% da amostra, 11% para melancolia e 13% apresentaram antecedentes de distímia. Apresentavam seu primeiro episódio de doença 53% e foram considerados recorrentes 47%.

O total estimado da prevalência de depressão, entre mulheres foi de 8,3%, comparado com 2,9%, relativos aos homens. O risco relativo para as mulheres em relação aos homens foi de 2,9:1, sendo que este risco aumenta para 8,7:1 entre as

mulheres negras em relação aos homens negros. Em caso de depressão classificada como não-depressão maior, este risco aumenta para 11,2:1 para as mulheres em relação aos homens. Em relação ao estado civil, as mais altas taxas foram encontradas entre viúvos, separados e divorciados. O contexto psicossocial das depressões parece ser provocado e/ou exacerbado por eventos estressantes da vida.

Lehtinen et al (1994), relatam uma prevalência de depressão, em levantamento de população, selecionada na Finlândia, de 3,2 e 7,3% para homens e mulheres respectivamente, com idade entre 31 e 89 anos. O estudo sociodemográfico detectou uma prevalência aumentada em regiões industrializadas e mais densamente povoada, pessoas viúvas e divorciadas, e em classes sociais mais pobres.

Gerdes et al (1995) mostram a prevalência de morbidades psiquiátricas nos serviços de atendimento primário à saúde, na *University of Iowa Hospital and Clinics*. A prevalência encontrada de desordens de pânico entre 6,7% a 8% foi muito superior àquela encontrada na população em geral (0,4 a 2,9%). O número de pacientes que referiam ansiedade aumentou de 10,6% em 1980 para 14,9% em 1990. A maioria dos pacientes eram mulheres, casadas e empregadas. Apresentavam diagnóstico de doenças cardiovasculares (21% da amostra), desordens gastrintestinais, particularmente síndrome do cólon irritável (18% dos pacientes); hipertensão, desordens neurológicas, endócrinas (doenças da tireóide), ginecológicas, asma e desordens pulmonares também foram freqüentes. Dores de cabeça e doenças oncológicas foram encontradas na amostra. Oito pacientes que informaram a presença de prolapso de válvula mitral apresentaram também desordens de pânico.

Os trabalhos de Mino (1994), com uma amostra de 276 pacientes adultos, de duas clínicas de atendimento primário filiadas ao *Department and Preventive Medicine* do *Okayama University Medical School*, classificou 5,8% da amostra que apresentaram depressão maior e 7,2% depressão menor.

Uma história passada de depressão foi significativamente elevada nos grupos que estavam com depressão durante a entrevista. A depressão apresentou uma prevalência superior àquela do grupo que não apresentou depressão em relação à concomitância de artrites 100%, dorsalgias 60% e problemas gastrointestinais 46%.

Munakata (apud MINO, 1994) refere que uma das causas de subregistros nos diagnósticos de doença mental, particularmente esquizofrenia, se deve a uma atitude cultural em relação às doenças mentais que, geralmente, cria na mente do paciente um sentido de infelicidade, de medo de perder o emprego, medo da alienação e ostracismo, a partir da família e comunidade, e algumas vezes, pânico e choque.

Medina (1986) afirma que no Brasil as estatísticas apontam as neuroses como as mais freqüentes causas de afastamento do trabalho. Almeida Filho et al (1986) apresentam taxas globais e específicas de prevalência de transtornos mentais em uma população, residente em um setor urbano de Salvador, Bahia, onde a prevalência de neuroses, no grupamento de menores de 55 anos, atingiu cifras de 14,1%, alcoolismo 2,9%, psicoses 0,5% e quadro orgânico-cerebrais 0,2%.

2.9 Controle Social/Planejamento Familiar

Durante décadas, os Programas de Saúde da Mulher vêm sendo pautados em interferências da sua liberdade e da sua *Consciência Reprodutiva*. Ações centradas em Políticas de Saúde instituídas pelo Ministério da Saúde.

A verticalização deste movimento impede aos profissionais de Saúde Pública uma reflexão maior sobre a ação e a liberdade humanas.

A consciência intencionada e livre é que faz a dignidade humana da ação. E porque se torna humana, está aberta à interação com o outro – também consciente e livre. As atividades e ações coletivas, então, não se definem pela mecânica da justaposição, mas pela dinâmica da integração solidária ou, até mesmo, do conflito de contrários. Sempre conscientes, em busca de mais conscientização. Sempre livres, em busca de mais liberdade.

E, justamente porque as atividades são teoréticas, poiéticas e práticas, é importante que, no agir cotidiano, a *eupraxia*, o “fazer bem feito”, não seja uma simples e vaga intenção, mas um valor “ontológico”, isto é, próprio do ser da ação prática.

Assim, certas ações são, em um sentido mais profundo, dotado de êxito em si mesma, isto é: estão bem feitas, e por isto são úteis e têm êxito; este ser proporcionado à ação é um valor ontológico interno da mesma no terreno moral prático e não, apenas uma conduta superficial de um mero “quero fazer algo bem feito”.

“Pensar assim conduz a um entendimento mais profundo da ação e de seu significado total para a vida” (BRANDENSTEIN, 1977, p. 51).

É no agir que o ser humano produz a própria existência. Um agir que dá seqüência a atividades que não estão completamente sob seu domínio, como todo o dinamismo das atividades funcionais. Mas também um agir que potencializa estas atividades, exercitando-as na conquista de seu desenvolvimento pleno ou bloqueando-as na renúncia da plenitude de suas manifestações vitais. Um agir voltado para as alianças da integração de ações, no qual o sentido da interação é a conquista de objetivos e interesses comuns, em plano micro e macrossocial. Como pessoa e como grupo humano – classe social, comunidade ou grupo social – a ação implica em alteração das coisas e do ambiente, num fazer de construção, transformação ou invenção, sempre em busca de situações favoráveis de existência.

Um agir que, desde sempre, adquire as características de um trabalho, palavra quase tão presente quanto ação. Termo, também, de múltiplas e diferenciadas significações.

É esse agir de quem produz a existência que nos leva a concretizar a análise em um campo fundamental para a vida humana. Escolhemos como exemplo as ações relacionadas ao meio ambiente.

Afinal, pensar o “fazer humano” enquanto prática comprometida com a criação e recriação das condições da existência humana é, também, preocupar-se com a relação que o homem vem estabelecendo com o meio ambiente.

Trata-se de uma das maiores preocupações dos dias atuais, inclusive porque tem a ver com as condições da própria sobrevivência da espécie humana. Esta, de maneira preocupante, tem, em grande número de situações, expressado desprezo pela natureza e pelas condições da vida, natural e social, na Terra.

A literatura vem discutindo as características assumidas pela questão ambiental, especialmente nos países periféricos (isto é: aqueles, também

caracterizados como subdesenvolvidos, que se encontram na “periferia” do sistema econômico mundial, cuja dominação é exercida pelos países “centrais” ou desenvolvidos), chamando atenção para seu caráter predatório, decorrente do tipo de civilização hegemônico.

Denunciam-se as conseqüências desastrosas que os processos de desenvolvimento tecnológico mais avançados vêm produzindo, no tocante aos cuidados com a preservação ambiental, incluindo-se nesta discussão a questão do desenvolvimento e das condições de vida de homens e mulheres no planeta.

Os dados relativos à questão ambiental impõem uma séria reflexão acerca do tema que se encontra entre os mais impactantes, dada a tragédia exposta.

Há um crescente e assustador aumento do índice de disparidade sócio-econômica entre países de diferentes regiões do mundo e também diferenças que agredem internamente as populações, principalmente a dos países periféricos. As questões ambientais integram-se às relações sociais de dominação, na medida em que os homens de negócios dos países centrais, concentradores de riqueza, pleiteiam o desenvolvimento a qualquer custo, mesmo com o risco de graves ameaças à vida humana (MACCARIELLO, 1999, p.118).

Assim é que o “**fazer humano**”, em seu **compromisso social**, não pode deixar de lado a **relação de intercomplementaridade homem-natureza, processos sociais - processos naturais**, de vez que a humanidade vem secularmente exercendo a importância deste tema, na busca pelo lucro sem limites.

A literatura indica que, no chamado mundo ocidental moderno, começou-se a discutir a temática ambiental na década de sessenta.

Maccariello (1999) lembra a reunião do Clube de Roma, em 1968, quando os países mais ricos alertaram para as graves conseqüências da degradação ambiental, apontando para o binômio *crescimento demográfico-exploração dos recursos naturais* como objeto de atenções especiais.

Em 1972, entretanto, ocorre a Conferência de Estocolmo, considerada marco significativo, porque colocou em discussão a importância de ações políticas capazes de deter o processo de destruição em marcha (MACCARIELLO, 1999, p. 117). A autora, prosseguindo no histórico, dá conta de que nos anos 70

surgiram relatórios, avaliações e recomendações das organizações da sociedade civil direcionadas para as diferentes instâncias do poder político, reivindicando posições preservacionistas. Nessa década, a educação ambiental assumiu relevância no cenário mundial, no sentido de conscientizar os cidadãos para a necessidade de ações visando à preservação da vida no planeta. A questão ambiental apresentou avanços e recuos, produto de interesses conflitantes entre nações e grupos econômicos, principalmente pela desigualdade da riqueza entre os países (MACCARIELLO, 1999, p. 117).

O que coloca, atualmente, sobre a problemática ambiental é a necessidade de politizar a questão, uma vez que não se trata apenas de problema de caráter físico-ambiental, mas, essencialmente, sócio-político-ambiental.

[...] torna-se necessário um posicionamento político tendo em vista a transformação social, na medida em que os problemas ambientais estão relacionados às questões sócio-econômicas e aos mecanismos de poder, pelos quais uma classe ou um país tem mais domínio que outros, gerando a desigualdade social e concentração de renda (MACCARIELLO, 1999, p. 118).

Há evidência de que o presente modelo hegemônico na economia tornou mais dramáticas as questões ambientais nos países subdesenvolvidos (ou periféricos, como se queira)

devido à expansão industrial sem fronteiras e sem controle dos impactos ambientais e à adoção, em muitos desses países do modelo neoliberal que postula a supremacia da economia de mercado, reduzindo a intervenção do Estado, no sentido de assumir as responsabilidades relativas ao controle da poluição e à preservação ambiental e, também, diminuir os gastos destinados às políticas públicas (MACCARIELLO, 1999, p. 118).

2.9.1 Evolução Histórica do Planejamento Familiar no Mundo

Diferentes documentos, bastante antigos, de várias regiões do mundo, comprovam a vontade que os homens sempre tiveram de evitar a gravidez indesejada.

Os métodos mais antigos, dos quais se tem conhecimento, eram pouco ineficazes, e medidas muito severas eram tomadas quando ocorria uma gravidez não desejada, como por exemplo, o aborto ou o abandono do recém nascido.

A anticoncepção, primitivamente, era realizada baseando-se em superstições. Por outro lado, era desconhecido o papel do homem na reprodução. Como a gravidez relacionava-se ao ciclo menstrual, a mulher era considerada a única responsável por este acontecimento. Na ocorrência de gravidez indesejada, era sobre ela que recaiam as tentativas de interrupção da gestação, usando-se de orações, amuletos, infusões, etc.

Data de 1850 a.C. uma receita com prescrição de cremes vaginais com finalidade anticonceptiva, denominada Kahum ou Petrie Papyrus.

O Ebers Papyrus datado de 1550 a.C. descreve o que talvez tenha sido o primeiro tampão anticonceptivo. No antigo testamento da Bíblia, é feita uma citação, Versículo 9, Capítulo 38 do Gênesis, sobre o coito interrompido.

No período clássico da Grécia, o controle da natalidade era um tema de ativa discussão entre os homens de ciência, como Platão, Aristóteles e os seguidores de Hipócrates.

Na primeira metade do Século II, Sorano, o maior ginecologista da Antigüidade, escreveu um tratado sobre a anticoncepção que permaneceu como o mais brilhante e originariamente escrito até o Século XIX. Distingue claramente

métodos anticonceptivos de abortivos, menciona indicações e contra-indicações para o aborto e descreve vários pessários oclusivos, tampões vaginais, uso de soluções adstringentes e vários ácidos de frutas como meio de evitar a gravidez.

Antes do século IX, as mulheres em Sumatra moldavam o ópio em forma de concha, inserindo-o na vagina. Na China e no Japão, as mulheres recobriam o colo do útero com papel de seda azeitado (misugami). As húngaras derretiam cera, dando-lhe forma de discos de 5 a 10 cm, que inseriam na vagina para evitar a gravidez.

O primeiro trabalho sobre o uso de preservativos masculinos foi publicado em 1564, preconizando seu uso para evitar a transmissão de doenças venéreas (atualmente denominadas doenças sexualmente transmissíveis). O material usado era linho. Pouco tempo depois, foram criados os preservativos feitos de intestinos de animais. Porém, foi apenas no Século XVII que os envoltórios colocados no pênis receberam o nome de “condom”.

A literatura diz que certos pesquisadores supõem que a palavra condom seja relacionada com o nome do Dr. Condom, médico que ensinou ao rei Carlos II da Inglaterra os meios para diminuir o número de filhos legítimos.

Outros citam a palavra latina *Condu*s, que significa receptáculo, e as palavras persas *Kindu* ou *Kondu*, que significam vasilhas de forma alongada, geralmente jarros feitos de intestinos de animais, de estarem ligadas à origem da denominação dos preservativos masculinos.

No século XVIII, Casanova difundiu o uso do Condom. Além disso, ele aconselhava às mulheres a espremer meio limão na vagina, e introduzi-lo de forma que este recobrisse o colo uterino. O limão agiria como uma barreira mecânica e seu suco, que contém ácido cítrico, como espermicida.

Em 1882, surge a primeira clínica de Planejamento Familiar, na Holanda, fundada por Aletta Jacobs, que distribuía diafragmas e pessários vaginais.

É possível que os primeiros Dispositivos Intra Uterinos (DIU) tenham sido pequenas pedras que os árabes e turcos inseriam no útero das fêmeas de camelos, a fim de protegê-las da prenhez durante as longas jornadas pelo deserto.

No final do Século XIX e no início do Século XX, surgem os antecessores dos DIU modernos. Eram pessários cérvico-uterinos em haste. Tinham a forma de botões ou capuzes que cobriam a abertura do colo uterino e que se ligavam a uma haste que penetrava no canal cervical.

Estes pessários eram feitos de diferentes materiais: marfim, madeira, vidro, ouro, prata, ébano, estanho, chumbo, platina cravejado de brilhantes. Alguns autores relatam que os referidos pessários eram pretensamente usados para muitos fins, como o apoio ao útero, a prevenção da menstruação irregular ou tardia e a cura da dismenorréia e infecundidade. Outros citam que sua inserção visava à correção da posição uterina, indução do aborto, bem como prevenção da gravidez.

O primeiro DIU desenhado unicamente para fins de anticoncepção humana foi aperfeiçoado em 1909 por Richard Richter, médico alemão.

Os estudos realizados pelo Dr. Ernest Grafenberg, médico alemão, no final da década de 1920, se constituíram em importante evento na história do DIU.

Tenrei Ota, no Japão, em 1934, utilizava anéis, inicialmente de intestino de bicho da seda e, posteriormente, recobertos com metais flexíveis (ouro e prata), que eram introduzidos no útero para evitar a gravidez.

Em 1959, o American Journal of Obstetrics and Gynecology publica o trabalho de Ishihama e Oppenheimer, que confirmam a utilização de vários anéis intra-uterinos por longo prazo.

No início da década de 60, com o surgimento de plásticos, biologicamente seguros, flexíveis e com memória, ocorre uma revolução na tecnologia dos DIU.

O Dr. Lazr Margüillies começa, em 1960, a pesquisar o primeiro DIU em forma de espiral.

Em 1962, o Dr. Jack Lippes descreve suas experiências com o DIU denominado serpentina de Lippes.

Surgem, em 1973, os primeiros DIU com cobre, aperfeiçoados por Jaime Zipper e Howard Tatum. Desde o final do século XIX, desconhecia-se ou suspeitava-se do efeito inibidor da ovulação pelos hormônios ovarianos. Mas o uso prático desse conhecimento somente ocorreu em 1934, quando foram isolados os hormônios, que passaram a ser produzidos sinteticamente e a preços baixos na metade da Década de 50.

O desenvolvimento científico dos métodos anticonceptivos foi inicialmente lento, mas, recentemente e sem nenhuma dúvida, em resposta a um crescente interesse da população e à expansão dos recursos técnico-científicos, o progresso tem sido veloz.

Pesquisas têm sido feitas em todo o mundo em busca de métodos anticonceptivos que sejam eficazes, seguros e não apresentem efeitos colaterais, nem complicações. No entanto, o método “ideal” ainda não foi descoberto, mas o desenvolvimento das pesquisas e os avanços científicos têm permitido melhorar a qualidade dos métodos anticonceptivos.

Historicamente, a principal dificuldade para o desenvolvimento do Planejamento familiar está relacionada aos aspectos religiosos, especificamente os referentes à doutrina católica.

A Igreja Católica, durante muitos anos, sofreu a influência da recriminação feita por Deus a Onam, por não cumprir a lei Mosáica que determinava ao irmão ressuscitar a descendência do outro, falecido, tendo um filho com a cunhada. O fato de Onam “verter o sêmen por terra”, negando atender à lei de Deus, resultou na doutrina moralista da Igreja Católica, que passou a taxar de pecado qualquer ato de união entre os esposos, quando não havia a intenção de gerar um filho. Foi sobre essas bases que se alicerçou, por muitos séculos, a orientação católica sobre anticoncepção.

Apesar do conhecimento que possuíam os médicos europeus na Idade Média sobre os métodos anticonceptivos, estes só eram prescritos em casos muito especiais. Nesta época, a Igreja Católica exercia um forte domínio sobre a sociedade européia, controlando as Ciências e a Medicina.

No século XVII, Tomas de Aquino condena a prática da anticoncepção, considerando-a um vício contra a natureza. Este posicionamento se constituiu em parte integrante da doutrina católica.

Em 1951, o Papa Pio XII assume uma posição inovadora ao considerar como perfeitamente lícita a utilização do método Ogino-Knaus pelos católicos que desejassem a anticoncepção.

Na Carta Encíclica “Humanae Vitae”, publicada a 25 de julho de 1968, o Papa Paulo VI refere-se à regulação da natalidade, fazendo referência à importância do problema demográfico e apelando explicitamente à paternidade responsável.

Poucos católicos se julgam pecadores por planejarem suas famílias com métodos diferentes dos naturais. No entanto, existem grupos ligados à Igreja Católica que continuam a exercer influência junto às lideranças político-institucionais

ou ao nível da população, numa tentativa de impedir o desenvolvimento do Planeamento Familiar.

Não se pode deixar de considerar os tabus e preconceitos que interferem na utilização dos métodos anticonceptivos.

Muitos dos temores e atitudes negativas frente ao Planeamento Familiar estão diretamente relacionados a uma desinformação ou mal-informação cerca dos métodos anticonceptivos. Através de informações constantes e de boa orientação, as pessoas se esclarecem e mudam de atitude em relação ao Planeamento Familiar.

O movimento moderno de Planeamento Familiar começou em épocas diferentes nos vários países do mundo, defrontando-se, sempre, com dispositivos legais contrários à sua divulgação e implantação.

Em 1912, Margareth Sanger, enfermeira de Saúde Pública nos bairros pobres do East Side, em Nova York, atendendo a um grande número de casos de abortamento séptico, se revoltou com o posicionamento dos médicos em relação à orientação sobre anticoncepção, uma vez que se recomendava a abstinência como solução para o problema dos abortamentos. Resolveu, então, fazer do Planeamento Familiar a meta da sua vida.

Em dezembro de 1913, retornando de uma viagem à Europa, funda um movimento que recebeu o nome de "Birth Control". Uma nova revista, "Woman Rebel", foi publicada. Os primeiros números desta publicação foram apreendidos e Margareth foi acusada de conturbar a ordem pública e, sob pena de prisão, fugiu para o Canadá e, dali, para a Inglaterra.

Passou os dois anos seguintes viajando pela Holanda e Inglaterra, onde encontrou novas fontes de apoio ao seu movimento.

A 16 de outubro de 1916, de volta aos Estados Unidos, fundou uma clínica para dar orientações sobre anticoncepção. Dez dias após, a clínica foi fechada pela Polícia.

Somente em 1918, depois de modificações sofridas nos dispositivos legais, passou a ser permitida a orientação sobre a saúde da mulher, feita por médicos.

Fora necessário ainda, vinte anos de incessantes Programas Educativos, com palestras, publicações em jornais e revistas para que se conseguisse a liberação do envio do material informativo sobre anticoncepção pelo correio.

As atividades de Margareth não ficaram somente nos Estados Unidos. Foi responsável pela organização da 1ª Conferência Internacional sobre Planejamento Familiar em Munique, em 1930.

Coordenou também os trabalhos para a fundação da Federação Internacional de Paternidade Responsável (IPPF) em 29 de novembro de 1952, sendo ela a primeira presidente.

Desde o início de um movimento mais organizado e moderno sobre a implantação e o desenvolvimento de serviço de Planejamento Familiar, várias conferências foram realizadas, nas quais se discutiam forma de efetivar a implantação desses serviços.

A Assembléia Geral da ONU, para comemorar o 20º aniversário da Declaração dos Direitos Humanos, convocou a Conferência Internacional sobre Direitos Humanos, em Teerã no mês de maio de 1968.

A inclusão do Planejamento Familiar na agenda da Conferência era ponto pacífico desde o início.

Delegados de 84 países aprovaram, por unanimidade, a Resolução XVIII, nos seguintes termos:

Acreditamos que a maioria dos países deseja obter conhecimentos e meios de planejar suas famílias; que a oportunidade de decidir quanto ao número e espaçamento dos filhos é um direito fundamental. Acreditamos que o objetivo do Planejamento Familiar é a plenitude da vida humana, não sua restrição; que o Planejamento Familiar, ao garantir maiores oportunidades a cada pessoa, liberta o homem para que possa atingir sua dignidade e realizar todo o seu potencial. Os casais têm o direito humano fundamental de decidirem livre e responsavelmente quanto ao número e espaçamento de seus filhos e o direito de obterem instrução e orientação adequadas a respeito.

A primeira transformação importante na postura dos governos em relação ao Planejamento Familiar ocorreu por ocasião da Conferência Mundial de População, convocada pela ONU em agosto de 1974.

Todos os representantes oficiais reunidos em Bucareste, exceto os do Vaticano, aceitaram, plenamente, a tese de que os governos deveriam dar assistência e informações a todas as camadas da população no que se refere a planejar a família.

Mais de 40 países tomaram medidas para atualizar ou introduzir novas leis relativas ao Planejamento Familiar, determinando aumento da disponibilidade de anticoncepcionais, venda de preservativos em estabelecimentos comerciais e eliminação da receita médica para adquirir anticoncepcionais orais.

No relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde – Alma-Ata – 1978 (Declaração de Alma-Ata), mencionou-se que, entre outros cuidados básicos à saúde Materno-Infantil, estaria incluído o Planejamento Familiar.

Em 1981 a Conferência Internacional de Planejamento Familiar ocorrido em Jacarta, divulgou na Declaração de Jacarta o seguinte trecho:

O Planejamento Familiar é um integrante essencial de qualquer estratégia de base para o desenvolvimento que pretenda melhorar a qualidade de vida

ao indivíduo e da comunidade. Acreditamos que (se estas recomendações forem adotadas) as vidas de milhões de mães e de crianças serão salvas e que as condições de vida dos indivíduos numa posição mundial estabilizada serão melhores no Século XXI. O Planejamento Familiar é um direito humano básico. Os governos deveriam ser encorajados a traduzir este direito em políticas palpáveis e em programas que efetivamente viessem de encontro às necessidades do seu povo.

2.9.2 Evolução Histórica do Planejamento familiar no Brasil

Em 1965, realizou-se a XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, onde um trabalho sobre o alto índice de abortos provocados denunciou a existência de um grave problema médico e social em nosso país, e apontou o Planejamento Familiar como a solução mais adequada aos males decorrentes da situação. A BENFAM nasceu no final da XV Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, que contou com a participação de 697 profissionais de 16 Estados da Federação.

Existiam, na época, os dispositivos legais que impediam ou restringiam o desenvolvimento do Planejamento Familiar no Brasil.

Entre eles, a Portaria de número 40, do Ministério da Saúde, que orientava os farmacêuticos, a retenção da receita médica no ato da venda de anticoncepcionais. Esta exigência só foi revogada em 1976, sendo substituída por receitas com validade por um ano.

Assim como o Artigo 20 da Lei de Contravenções Penais, que anunciava o seguinte: “É proibido anunciar processo, substância ou objeto destinados a provocar aborto ou evitar gravidez”.

Por outro lado, tinha-se também o posicionamento da Igreja Católica, contrária ao Planejamento Familiar. Bem como um governo pró-natalista, que

instituiu o auxílio à natalidade por considerar o Brasil com grandes espaços despovoados.

Cabe ressaltar a importância dos movimentos hippies das Décadas de 60 e 70, que muito contribuíram para discussão dos tabus acerca da sexualidade e como consequência, estimularam um processo de maior liberdade sexual, carreando em seu bojo um aumento da demanda de métodos anticonceptivos. A primeira transformação importante ao nível oficial ocorreu em agosto de 1974, por ocasião da Conferência Mundial de População. Pouco tempo após o término da Conferência, o governo do Presidente Ernesto Geisel divulga o Segundo Plano Nacional de Desenvolvimento – II PND – alinhando as principais diretrizes econômico-sociais para o Brasil, com validade até o ano de 1979.

Segue-se um trecho do II PND.

A orientação da política demográfica brasileira é de respeito ao arbítrio de cada casal na fixação do número desejado de filhos oferecido oportunidades de informação que permitam o exame completo da questão. Facultada a opção, sem qualquer constrangimento, no sentido ampliativo ou limitativo da natalidade.

Em 1975, o Presidente Geisel envia mensagem ao Congresso modificando o texto do Artigo 20 da Lei de Contravenções Penais, deixando então de ser contravenção o anúncio de meios anticonceptivos.

A partir dessas modificações de postura do governo em relação ao Planejamento Familiar, começaram a surgir em diferentes pontos do país instituições interessadas em desenvolverem programas de Planejamento Familiar.

A Associação Brasileira de Entidades de Planejamento Familiar (ABEPF), surgiu em 1981, com a finalidade de congregar as entidades nacionais que se dedicam à prestação de serviços em Planejamento Familiar objetivando assessorá-las no sentido de melhorar a qualidade dos serviços prestados.

Em 1983, o Ministro da Saúde, após discurso do Presidente Figueiredo, no qual manifestava sua preocupação com o crescimento demográfico acelerado, elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) – com o objetivo de prestar assistência médica às mulheres entre 15 e 49 anos (75% das mulheres), através de consultas ginecológicas, com orientações sobre concepção e anticoncepção e atendimento na rede básica de Saúde. Esse programa, posteriormente passou a denominar-se Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC).

Em 1989, uma nova Constituição foi promulgada, contemplando em seu texto o reconhecimento da atividade de Planejamento Familiar.

Segue-se a transcrição do artigo da Constituição que aborda esta temática.

Artigo 226: A família, a base da sociedade, tem especial proteção do Estado.

Parágrafo 7º: Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por partes das instituições oficiais ou das privadas.

Planejamento familiar é antes de tudo um direito e uma decisão do casal sem nenhuma interferência do Estado e de outrem. Mas, para que este ato seja consciente, a informação deve chegar de forma objetiva e imparcial, assim como a disponibilidade dos meios para a execução de sua escolha.

Segundo o Ministério da Saúde “Planejamento Familiar é a atenção dirigida ao casal ou indivíduo que deseja planejar o nascimento de seus filhos, seja evitando uma gravidez ou corrigindo estados de infertilidade”.

A qualidade de vida tem sido esquecida ultimamente. Obviamente, o Planejamento Familiar não é, e nunca será, a atividade que resolverá todos os

nossos problemas. Mas, faz parte de um conjunto imprescindível de ações que devem acontecer, visando ao bem-estar da população Materno-Infantil.

As complicações da gravidez e do parto ainda são a maior causa de morte entre as mulheres dos países em desenvolvimento.

2.9.3 Planejamento Familiar e Política Populacional

O viés de gênero é visível na ênfase quase exclusiva que se dá ao uso de contraceptivos pelas mulheres, ignorando o papel reprodutivo dos homens. Isto provoca uma repercussão negativa no desenvolvimento e na promoção de métodos contraceptivos masculinos. Os programas e políticas de planejamento familiar podem também falhar no reconhecimento da extensão do poder masculino sobre as decisões das mulheres, relativas à reprodução.

Alguns analistas citam o viés de gênero como um fator fundamental para o rápido crescimento populacional, argumentando que, nas regiões onde as mulheres têm pequeno acesso aos recursos de produção ou ao controle sobre a renda familiar, elas dependem dos filhos para garantir a segurança econômica.

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO

3.1 A Violência Simbólica, e os Indicadores Sociais, no Desencadeamento do Estresse

O ano de 1995 marcou o 50º aniversário da assinatura do Preâmbulo da Carta das Nações Unidas que declara que “Nós, os Povos das Nações Unidas, determinamos... a reafirmar a crença nos direitos humanos fundamentais e na dignidade e no valor da pessoa humana, na igualdade dos homens e das mulheres e das nações grandes e pequenas [...]”.

No meio século que se seguiu, surgiu uma diferente concepção do mundo, um mundo inesperado e surpreendente sob a ótica daqueles tempos, assim como as cenas imaginadas acima, ainda parecem para nós.

As novas tecnologias revolucionaram nossas vidas e locais de trabalho. Expandiram-se as áreas de pesquisa e de investigação social trazendo novos conhecimentos e novos entendimentos para cada aspecto de nossas vidas.

No entanto, tantas coisas fundamentais continuaram no mesmo: pobreza e opressão, medo e violência estão presentes em todo o mundo, culminando na guerra sangrenta que ora é travada entre americanos e iraquianos (28/03/2003). Em muitas partes da Terra, as pessoas vivem em condições piores e com menos esperanças que antes.

A crença na possibilidade de uma mudança para melhor é a essência dos trabalhos de desenvolvimento. Mesmo assim, um dos elementos mais resistentes às mudanças tem sido a dificuldade dos planejadores do desenvolvimento e dos

formuladores de políticas em reconhecer o papel que a questão de gênero tem nos resultados das iniciativas e intervenções.

Talvez isto não seja uma surpresa, considerando-se a essência profundamente das pessoas, tanto as mulheres quanto os homens, enquanto agentes de desenvolvimento ou individualmente, internalizam premissas de gênero, tornando-as como suas e reproduzindo-as em sua vida profissional e pessoal.

As questões de *gênero* são um componente essencial do processo de desenvolvimento, mas representam claramente muito mais.

Elas tocam e atingem profundamente nossas noções individuais de masculinidade e feminilidade, o que é ser masculino ou feminino, como educar e ser educado como menina ou como menino e chegar à idade adulta “envolvida (o)” por uma identidade produzida pela cultura e pela sociedade, impregnada de atributos, privilégios e limitações, baseados no nosso sexo biológico.

Os processos sociais e individuais de aquisição de identidade de gênero são importantes pontos de partida para se enfrentar a idéia corrente de que mulheres e homens são “naturalmente” talhados para certas tarefas e que a biologia é quem melhor define quem deve fazer o quê.

As idéias internalizadas sobre as características femininas e masculinas podem parecer distantes ou mesmo não ter nenhuma relação com as preocupações do trabalho de desenvolvimento.

Esta tem sido a reação de muitos construtores de estradas, planejadores urbanos, pessoas responsáveis pela liberação de recursos e outros profissionais, os quais o Instituto Internacional de Pesquisa e Treinamento para o Avanço das Mulheres (INSTRAW), das Nações Unidas, tem tido a oportunidade de inquirir. Talvez seja o conhecimento dessa dimensão pessoal que nos ajuda a explicar a

resistência e mesmo a hostilidade à introdução da questão de gênero na esfera do desenvolvimento. Outra dificuldade encontrada quanto ao planejamento do desenvolvimento tem sido a visão de que *gênero* é uma matéria para eruditos, especialistas, ou simplesmente para mulheres.

O INSTRAW, a única agência das Nações Unidas, especializada na pesquisa e no treinamento sobre mulheres, defende a introdução de novos sistemas de análise conceitual, pesquisa e metodologia de treinamento. Algumas experiências nesta área têm mostrado que os instrumentos existentes não conseguiram superar os *bloqueios de gênero*. Muitas das atitudes expressadas por profissionais da área de desenvolvimento nos níveis comunitário, nacional e internacional, evidenciaram um abismo entre os conceitos de *gênero* discutidos por especialistas e a aplicação desses conceitos em políticas, programas e no trabalho cotidiano. E é a partir daí que o INSTRAW está interessado em contribuir para uma maior compreensão do uso dos conceitos de gênero no planejamento do desenvolvimento.

Este trabalho é dirigido a planejadores e formuladores de políticas, que atuam nas organizações governamentais nacionais e internacionais, nos setores privados, nas organizações não governamentais e entidades civis. Acredita-se que este trabalho induza mulheres e homens com responsabilidades nestas instituições a se preocuparem com a questão, uma vez que se pretende influenciar não apenas políticas e programas, mas também pessoas.

Fazer com que a questão do gênero seja considerada é a maneira de dar continuidade à missão da IV Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher, refletindo uma nova ética para o desenvolvimento sustentável que tenha como objetivo básico a melhoria da qualidade de vida de todos os seres humanos e a sua participação ativa como agente de mudanças, compatibilizando os objetivos

econômicos, culturais e sociais, ajustando o crescimento com a equidade e reforçando a interdependência e a parceria de mulheres e homens.

Para além das competências e mandato institucional, está a comprovada necessidade de se chegar à raiz dos obstáculos invisíveis que inviabilizam tantas iniciativas de desenvolvimento relacionadas com as mulheres. É este tipo de questionamento e análise que pode abrir nossos olhos e tornar possível uma mudança positiva. Para isto, estamos fazendo o convite para considerar que, no cerne da relação entre *gênero* e desenvolvimento, existe um mundo de oportunidades iguais, pelo qual todos nós estamos trabalhando.

Use a palavra *gênero* e uma série de questões provavelmente aparecerá: *Gênero* refere-se apenas às mulheres ou também trata de homens? *Gênero* considera todas as mulheres como se fossem iguais? *Gênero* divide homens e mulheres ou os une?

Talvez o caminho mais fácil para se sair dessa confusão seja a compreensão do que *gênero* não é. O termo *gênero* não é um sinônimo da palavra *mulher*, como também não é uma forma abreviada para designar *mulheres e homens*.

O uso da palavra *gênero* não é um modo de diferenciar trabalho como mulheres de feminismo, nem uma maneira de disfarçá-lo. *Gênero* não é uma categoria homogênea nem uma categoria exclusiva. *Gênero* não é um conceito estático, congelado no tempo e espaço. O estudo das relações de gênero para o planejamento do desenvolvimento não se concentra nos conflitos entre mulheres e homens a nível individual, ainda que possa levá-los em conta. Tampouco o gênero envolve um determinado movimento social, tal como fazer com que os homens passem a lavar louças...

3.1.1 Universo simbólico

Moscovici (1978) propõe o estudo das Representações (RS), para a compreensão da dinâmica das transformações do universo simbólico, em sua complexidade, que resulta na incorporação deste universo pelos indivíduos que o compartilham. Considera que as RS têm caráter móvel e circulante e se transformam com relativa facilidade. Afirma que as Representações Sociais encontram-se em uma “encruzilhada” (*carrefour*) entre os conceitos sociológicos e os psicológicos. Seu estudo implica em uma abordagem teórica que considere, de um lado, a dimensão social e a cultural (e a transmissão de seus valores através da linguagem e da comunicação), na qual o indivíduo está inserido, e do outro, a **dimensão cognitiva e psíquica** deste indivíduo que perpassa sua afetividade.

Enquanto Bordieu propõe uma **visão sociológica** do **universo simbólico**, Moscovici preocupa-se em investigar a **dinâmica social e psicológica**, para que este universo seja gerado, estruturado e desenvolvido, bem como introjetado pelos indivíduos.

Para Bohoslavsky (1983), o espectro vocacional representa um universo simbólico, e o discurso vocacional é “um discurso que adapta suas falas às necessidades ideológicas de uma classe social numa conjuntura histórica determinada”. O autor afirma que é a partir da incorporação de códigos (universo simbólico referente ao espectro vocacional) que os indivíduos podem se reconhecer e introjetar a imagem vocacional. Os códigos incorporados, por sua vez, organizam os desejos do sujeito, articulando-os com as demandas sociais.

Ressalta que a família, a escola e os meios de informação são os principais meios de projeção da imagem vocacional, e o lugar que o indivíduo ocupa

no processo de produção influenciará a maneira como ele decodifica o mundo e sua concepção do que é uma profissão.

Por isto, afirma que “a vocação se constitui no sujeito como um imaginário coletivo pelo qual um sistema recruta e organiza seus agentes de produção” (BOHOSLAVSKY, 1983, p. 40).

Os indivíduos vão introjetando, progressivamente, a representação social do trabalho e das profissões, das suas relações, dos requisitos pessoais para se ter acesso a elas, do seu sentido social, do sistema de compensações materiais e morais, entre outros. Portanto, os desejos profissionais, estão obrigatoriamente inseridos em um contexto histórico e social.

Segundo Bohoslavsky (1983), os principais valores representados no imaginário vocacional, na sociedade capitalista, são os benefícios econômicos, o poder e o prestígio.

Em relação ao valor do trabalho e os benefícios que dele possam advir, menciona que:

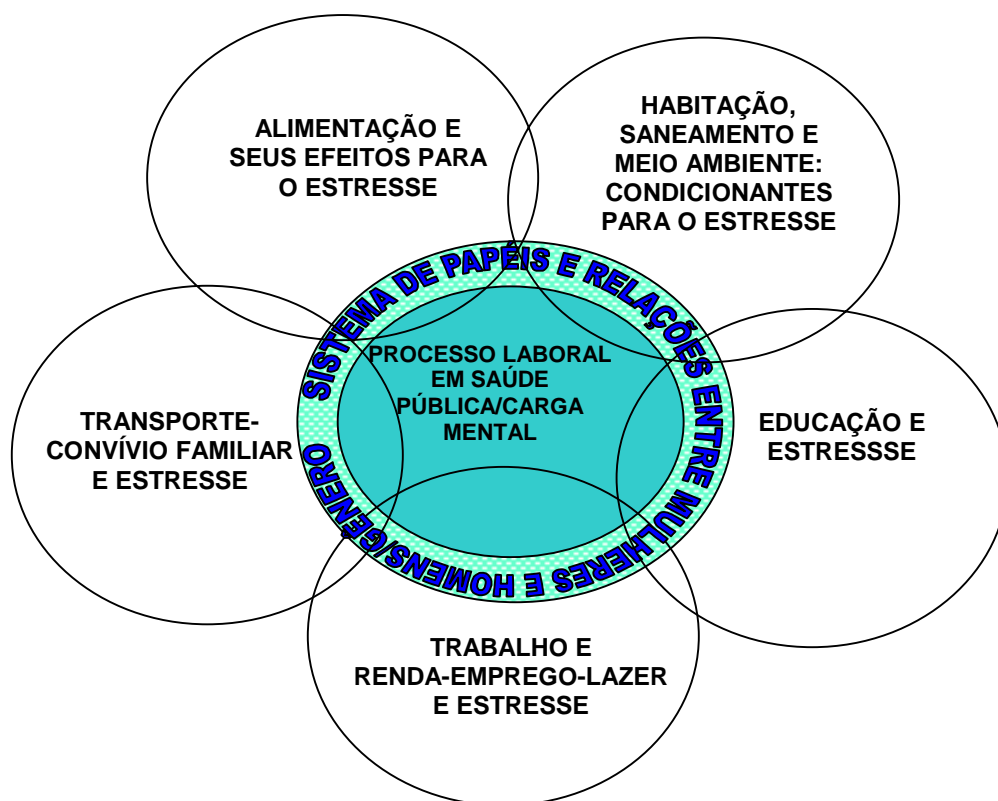
o sistema social coloca determinadas necessidades econômicas a serem satisfeitas, que o estado supostamente detecta (valendo-se de seus aparelhos ideológicos, especialmente expressados na política educacional) e difunde, 'orientando' as vocações dos sujeitos, enquanto neles determina a absorção do imaginário ocupacional, para que estes – segundo a fórmula de Fromm – desejem fazer aquilo que devem fazer, para que o sistema se perpetue (BOHOSLAVSKY, 1983, p. 66).

O autor explana que a identidade ocupacional engloba o quadro completo da escolha profissional, onde a pessoa sabe o que fazer, de que modo e em que contexto (que inclui um “quando, à maneira de quem, com que, como e onde”) e expressa o produto da ação de determinado contexto sócio-cultural sobre a parte psíquica do indivíduo (BOHOSLAVSKY, 1987). Afirma que a identidade ocupacional é um aspecto da identidade pessoal, que tem suas raízes genéticas e está sujeita,

desde o nascimento, às influências do meio humano e ao vínculo do indivíduo com “outros significativos” (reais ou imaginários).

O “**Diagrama de Indicadores Sociais do Estresse**” resultante da convivência no processo Laboral em Saúde Pública (Figura 12) ressalta a gama dos freqüentes fatores estreitamente ligados à saúde do indivíduo e da comunidade trabalhada.

Este universo de fatores estão diretamente ligados à saúde do indivíduo e da comunidade trabalhada, podendo ser classificados como indicadores sociais e de estimulação do **Estresse** e intensificados no **Programa de Saúde da Mulher**, relacionadas a **Gênero e Padrões Culturais** dominantes na Sociedade.



Fonte: A autora (2003).

Figura 12: Indicadores Sociais de Estimulação do Estresse.

Cotidianamente a enfermeira dos centros de saúde se depara com os processos de recuperação da Saúde, para qual a compreensão do processo de Saúde e Doença é bastante ampla.

Definir Saúde e Doença não é fácil, devido à complexidade destes conceitos. “Enquanto processo, a saúde e a doença podem ser perdidas e reconquistadas, como estados dinâmicos e inerentes à própria vida” (DEJOURS apud PITTA, p. 83).

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse de terra e acesso aos serviços de saúde. É, assim antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. A saúde não é um conceito abstrato, define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em lutas cotidianas (8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1986).

Para Patrício (1990),

a saúde é a capacidade que o homem tem como ser individual e social, de buscar, manter e normalizar seu bem viver. Bem viver é um sentimento condicionado às necessidades do homem. Desta forma, saúde tem expressão individual, significando que um indivíduo (ou grupo), se mostrará distinto de um outro, devido à presença dos caracteres genéticos e ambientais.

Saúde também pode ser definida, conforme Marques (1991), como “idéia de bem estar, um processo de aperfeiçoamento de valores qualitativos aspirados pelas sociedades e pelos indivíduos, tais como, nível educacional, nível de saúde, padrão de vida, etc [...]”.

Desta forma, o trabalho da enfermeira nos Centros de Saúde busca continuamente interagir no processo de saúde/doença do indivíduo atendido, na tentativa de buscar a compreensão do limite que faz com que o homem perca a saúde e ingresse na doença.

A seguir discorreremos sucintamente sobre os aspectos mencionados no mapa mental realizado pela autora.

3.1.2 Alimentação e Seus Efeitos para o Estresse

Hábitos alimentares dizem respeito de um lado, às diferentes condições econômicas e sociais de cada grupo e, de outro, à percepção que se tem dos alimentos. São as condições diferentes de cada grupo social que determinarão as diferenças de consumo alimentar.

Entre comunidades de *pescadores* as possibilidades de consumo alimentar são dadas pelos meios (barcos, jangadas, redes, anzóis, etc), e técnicas de que dispõem para a captura de peixes e mariscos e da piscosidade das águas.

O pescador depende, também, do mercado para comercializar o produto do seu trabalho. A renda da sua produção é o que permite adquirir outros alimentos importantes no elenco daqueles considerados necessários. Em algumas comunidades de pescadores, quando há terras disponíveis, a mulher e os filhos cultivam uma roça onde plantam, entre outras coisas, a mandioca, da qual preparam a farinha, a qual importante na dieta básica da família. Em muitas regiões do Brasil, a mulher e filhas de trabalhos artesanais como as rendas de bilro, pescadores realizam bordados, etc., também relevantes na formação da renda familiar e, conseqüentemente, para a aquisição de alimentos.

Na cidade, todo o alimento tem que ser comprado, e assim, o acesso a estes, ficam condicionado ao emprego dos membros da família, ao padrão de remuneração e à oportunidade de realizar biscates (venda de serviços ou produção

e comercialização de bens). Algumas pesquisas têm demonstrado que 70% da renda, da família urbana, são destinadas aos dois itens básicos: moradia e alimentação. As despesas com alimentação chegam a consumir 50% da renda familiar.

Na cidade o elenco de alimentos que se apresentam ao migrante é freqüentemente, maior do que em sua região rural de origem. Por outro lado, os limites da sua renda familiar impedem que sejam adquiridos muitos desses produtos. O fato de viverem ao lado dessa maior disponibilidade de itens alimentares não significa que os hábitos de alimentação sejam alterados substancialmente. Daí a existência, de um lado, de grande número de alimentos conhecidos e classificados (segundo suas propriedades e suas capacidades para compor uma boa dieta, isto é, suas relações com o corpo humano), e de outro, a prática de consumo de um reduzido número de tais alimentos. A impossibilidade de acesso a um conjunto de alimentos percebidos como de alto valor para a sua dieta, entra em choque freqüentemente, com os hábitos alimentares de certos grupos. Por outro lado, o aumento da renda disponível pela família parece não conduzir a alterações substantivas nos seus hábitos alimentares. Entretanto, uma maior disponibilidade da renda possibilita a atualização de um padrão alimentar ideal, definido de acordo com um modelo tradicional de percepção do alimento.

Em todas as culturas os homens selecionam, entre um grande número de espécies vegetais e animais algumas que são comestíveis e outras não. Esta seleção feita com base em vários critérios os quais dependem da maneira através da qual os homens vivem e concebem suas relações entre si e a natureza. Alimentar-se é, então, algo muito mais complexo que a pura satisfação das necessidades biológicas. É por esta razão, que o que é comestível em algumas

sociedades não o é em outras, variando também dentro de uma mesma sociedade e de região para região (Figura 12).

3.1.3 Habitação, Saneamento e Meio Ambiente: condicionantes para o estresse

Favelas, alagados, palafitas e invasões, etc. são denominações dadas em diferentes regiões para uma forma de ocupação do espaço urbano, cujas características mais gerais são as seguintes:

- ocupação de áreas periféricas das cidades por meio da posse, isto é, sem título formal de propriedade;
- essa ocupação se dá de forma gradual, isto é, cada família vai-se instalando pouco a pouco num dado local;
- são os próprios moradores que vão dando a forma das vias e ruas (quando existem) de forma desordenada aparentemente, mas na dependência de uma lógica de relações entre as pessoas que daí passam a viver;
- as construções são precárias pela provisoriedade, qualidades dos materiais, e pelo longo tempo em que se demora em construir uma casa;
- como esse tipo de ocupação é ilegal e não desejável segundo interesses Políticos e Econômicos, não contam, via de regra, com nenhum tipo de infra-estrutura de limpeza, esgoto, abastecimento de água, iluminação, correios, etc.

Do ponto de vista das autoridades, a favela é um problema, na medida em que passa a demandar ações dos serviços de públicos (como limpeza urbana, serviços de saúde, de transportes e até mesmo a legalização da posse do lote). Do ponto de vista dos seus moradores entretanto, a favela é uma solução para o baixo padrão de renda das famílias.

Assim, muitas favelas crescem ao lado de locais onde as pessoas possam conseguir empregos ou fazer biscates, bem como reduzir os gastos com transportes e ter acesso fácil aos serviços da cidade, como o comércio, hospitais e postos de saúde.

A proximidade com áreas, onde vivem populações de melhor renda implica, no futuro, numa preocupação por parte dos governantes no sentido de aliviar, para as camadas mais favorecidas, o “peso” da proximidade de favelados.

Fundamentalmente, do ponto de vista do morador da favela, ele pode gastar com alimentos, saúde, vestimentas e bens duráveis (como geladeira, fogão a gás, televisão, rádio, etc) aquela parcela de sua renda que seria consumida com o aluguel. Além disso, ele pode muitas vezes ter um espaço maior construindo uma casa de alguns cômodos, enquanto que com o seu dinheiro pagaria um quarto para viver com toda a família.

A construção de uma casa geralmente é feita aos poucos e com material colhido em lixos ou adquiridos no mercado. O sábado e domingo são, geralmente, os dias que o “chefe” da família, com a ajuda de alguns membros adultos, dedica à construção, conserto e manutenção da casa.

Se para uns a favela é o lugar exclusivamente para morar, para outros é um local de trabalho. Outras combinações também são possíveis, como ter um emprego fora da favela e fazer nesta um bicate, que é muitas vezes realizado ali

mesmo. Muitos se estabelecem com um pequeno comércio, desde alimentos até outros bens não básicos, como discos, por exemplo. Com isto, outras famílias podem ganhar a vida. O pequeno comércio local da favela constitui numa boa estratégia, não só para os comerciantes, mas também para os moradores. As relações informais entre favelados dão espaço à abertura de uma conta corrente na bodega, no armazém, além de poderem adquirir unidades menores dos produtos como meio quilo de feijão, meio de arroz, um pimentão, etc. Estas unidades geralmente não são de mais baixo preço do que quando adquiridas em supermercados ou armazéns maiores. O alto custo, entretanto, é compensado pela “compra fiada”, para pagar quando recebem o salário.

Nem só na favela vive o trabalhador; muitos conseguem um lote através de um programa social ou a compra de uma casa pelo sistema de habitações populares do governo. Nos últimos tempos, porém, isto tem sido cada vez mais difícil para a maioria da população brasileira.

Outra estratégia de habitação é o aluguel de quartos, onde duas ou três famílias compartilham uma mesma casa ou parte dos velhos sobradões em grandes centros. Na favela há também muitos barracos ou casas que são divididos entre duas, ou mais famílias, não sendo incomum o aluguel de quartos.

Uma vez que a favela é um espaço urbano ilegal, seus moradores freqüentemente não contam com serviços de água ou esgoto. A cisterna ou poço é a solução doméstica para obterem água. Outras soluções são os chafarizes e lavanderias públicas. O transporte de água para as casas geralmente é feito por mulheres e crianças, reservando-a em tambores e galões. A venda consiste numa forma de ganhar algum dinheiro a mais.

A utilização da água é feita segundo uma lógica de obter o máximo proveito com o menor gasto possível. Assim a água que é utilizada para dar banho nas crianças é posteriormente útil para limpar o piso da casa, bancos, mesas e cadeiras. A água utilizada para lavar verduras, arroz e feijão é a mesma com que se rega as plantas. A água com que se lava a roupa é jogada no terreiro, na porta ou arredores da casa para assentar um pouco a poeira.

A água que não tem uma segunda utilização é jogada no quintal e, não raras vezes, escoada para as ruas. Para os dejetos humanos a solução é freqüentemente a clássica “casinha”, latrina ou fossa, não sendo incomum a sua utilização por mais de uma família. Na sua falta, os dejetos são lançados no quintal ou área livre mais próxima, servindo de mais um foco de contaminação de doenças e verminoses.

A luz elétrica geralmente é puxada de alguma instalação pública mais próxima o que é feito normalmente pelo próprio morador. Aquelas favelas ou invasões, cuja população consegue pressionar devidamente os governantes, contam com serviço de luz.

Nas áreas rurais as soluções coletivas para habilitação, são via de regra, feitas pelo apossamento de terras da União, dos Estados ou de grandes latifúndios. Esta é uma das principais razões para os conflitos com os proprietários, grileiros e índios, no caso de “Terras da União”, resultando freqüentemente em mortes e outras formas de violência.

Quando o trabalhador é assalariado em alguma fazenda ou agro-indústria ele dispõe de moradia cedida pelos proprietários, ou no mínimo de espaços para construção de uma casa que, geralmente, é precária.

As soluções de água, luz e esgoto em todos estes casos não diferem muito. Em muitos locais os rios, córregos e igarapés constituem a fonte principal de água. Há também situações em que programas públicos construíram lavanderias coletivas e serviços para obtenção de água.

A escassez de água ou o tipo de sua utilização são fatores importantes a considerar na compreensão das condições de geração das doenças.

Nas áreas rurais a luz é um serviço de privilégio de poucos. A maioria conta com a utilização de candieiros improvisados, lamparinas a querosene e, muito raramente, lampiões a gás.

Tanto na cidade quanto no campo, a residência dos trabalhadores não dispõe de muitos cômodos. Geralmente o número de camas é menor do que o número de pessoas, evidenciando uma situação em que o contágio de doenças é amplamente facilitado.

O quintal é um espaço importante a ser considerado quando se pensa em habitação. Em áreas rurais é utilizado para criação de porcos e galinhas úteis não só para a alimentação das famílias, mas também para a complementação da renda familiar. A mesma importância tem o cultivo de verduras, legumes, tubérculos e árvores frutíferas, quando é possível plantá-las.

É freqüente o pensamento de que o favelado traz para a cidade o hábito de ter criações e plantações no quintal. Hábitos, entretanto, não são mantidos se não forem úteis ou tiverem qualquer significado. Os favelados mantêm seus quintais plantados e com criações, porque lhes são úteis como fonte de alimentação ou renda. A possibilidade de ter um quintal é desta forma, menor, quando a solução governamental é a construção de casas em pequenos espaços e piora quando é conjunto residencial.

3.1.4 Educação e o Estresse

A evasão escolar entre os filhos de famílias de trabalhadores é do ponto de vista dos órgãos públicos responsáveis pela área da educação, um sério problema. Entretanto, para tais famílias o abandono gradativo da escola pelos seus filhos é justificável em larga medida pela necessidade que têm de lançar as crianças no mercado de trabalho, na medida em que a renda conseguida pelos membros adultos é insuficiente para a manutenção de toda a família (Figura 12).

Os filhos de trabalhadores quando conseguem ultrapassar a escola elementar, não raras vezes, esbarram com dificuldades que não são apenas materiais, mas que dizem respeito aos quesitos culturais e simbólicos, uma vez que no seio das suas famílias e no contexto sócio-cultural em que vivem estão privados desses quesitos.

Não são apenas os bens materiais que são apropriados desigualmente na sociedade, mas também os bens culturais, sendo que a escola é apenas um deles. Outros como as artes em geral (pintura, cinema, livros, etc.) são de quase nenhum acesso aos trabalhadores. A diferenciação entre a arte erudita e arte popular é uma distinção que corresponde à reprodução das desigualdades sociais.

A escolarização primária e, mais ainda a ajuda secundária, não parece ser um requisito indispensável para o trabalhador uma vez que, a qualificação requerida para o trabalho que desempenha não é, como já foi dito anteriormente, indispensável para o trabalho que realiza, já que tal qualificação é adquirida no próprio processo de produção. Assim sendo, este deve ser um dos fatores que ao lado da necessidade de lançar as crianças, cedo, no mercado de trabalho se somam para justificar a evasão escolar.

Um outro aspecto a ser observado diz respeito ao fato de que algumas pesquisas evidenciaram que o processo de eliminação que ocorre através da escola age diferentemente sobre homens e mulheres. Alguns dados revelaram que o número de filhos de trabalhadores de sexo masculino que chegaram a freqüentar a escola após a conclusão do primeiro grau é quatro vezes maior do que o número de pessoas do sexo feminino na mesma faixa escolar. Outro dado relevante é que o número de pessoas que nunca freqüentaram a escola é maior entre as mulheres do que entre os homens. Pode-se supor que a maior evasão escolar e a nenhuma escolarização entre um grande número de Mulheres esteja associada às concepções do que sejam os papéis masculinos e femininos.

No conjunto das estratégias de sobrevivência das famílias trabalhadoras a *educação formal* é um item cuja solução está vinculada aos meios institucionalizados da sociedade. Os problemas enfrentados dizem respeito à necessidade de conciliar trabalho e estudo e de conseguir uma escola mais próxima que seja do trabalho ou da residência. Com isto se procura reduzir os gastos com transportes e por outro lado, diminuir o desgaste físico advindo dos longos trechos a percorrer, das várias conduções, das longas esperas de ônibus, dos ônibus lotados, etc.

Ainda que sejam muito poucos os filhos de trabalhadores que conseguem concluir cursos técnicos e menor ainda o número daqueles que chegam à universidade, o trabalhador sabe que a educação formal é um caminho para conseguir um trabalho menos dispendioso fisicamente e mais bem remunerado. Esta é a razão de muitas famílias realizar esforços no sentido de enviar seus filhos à escola. Entretanto, a ascensão social pela educação é um projeto que encontra sérios limites entre os trabalhadores, tanto pelos *gastos diretos* (material escolar, uniformes, etc.) quanto pelos gastos indiretos, isto é, o filho quando vai à escola

deixa de ir ao trabalho ou realizar aquelas atividades necessárias ao conjunto das estratégias para assegurar a sobrevivência da família.

3.1.5 Trabalho e Renda - Emprego e Lazer/ Estresse

A família do trabalhador, na medida em que os salários ficam cada vez mais baixos e o custo de vida cada vez mais alto, se vê compelida a lançar no mercado de trabalho, os demais membros integrantes para não cair mais ainda, o já baixo nível de vida (Figura 12). Assim, quanto mais baixos estiverem os salários, mais cedo as famílias lançam no mercado de trabalho os seus filhos e, gradativamente, vão abandonando a idéia de mandá-los à escola. Assim que as crianças e os jovens possam desempenhar um trabalho rentável vão, sucessivamente abandonando o ideal da formação escolar.

A compressão dos salários não apenas compele o trabalhador a lançar no mercado de trabalho formal ou informal os seus filhos em idades cada vez menores, mas obriga os demais membros adultos da família a realizarem outras atividades. Em outras palavras, o trabalhador deve trabalhar cada vez mais.

Nas *áreas urbanas* o trabalhador assalariado é obrigado a procurar outras atividades para aumentar sua renda daí que, muitas vezes, estabelece-se como autônomo em atividades de serviços, normalmente oficinas, lavagens de carro, comércio ambulante. Da mesma forma, na medida em que os filhos vão podendo fazer algum “biscate” ou ficar em casa sozinhos, a mulher passa a combinar sua atividade doméstica com outra dentro do lar, como produção de bens e serviços que possam ser comercializados pelos filhos e mesmo pelo marido. Outra opção é

conseguir um trabalho assalariado como doméstica, no setor de serviços (gari, limpeza de edifícios, cozinha de restaurantes) ou até mesmo como operária de uma fábrica.

No campo a situação do trabalhador não é menos penosa. Se for um trabalhador assalariado de uma usina açucareira ou de uma fazenda de gado, por exemplo, aumenta suas horas de trabalho na empresa, quando não, ele e seus filhos adultos realizam outras atividades paralelas, assegurando assim “alguns trocados” a mais para a família.

Se o trabalho é pago por produtividade (como ocorre freqüentemente quando a “*mão de obra*” é “*volante*” como o caso dos “bóias - frias”), o trabalhador já está em princípio, pressionado, a utilizar mais energia num menor tempo possível, para que possa ao final do dia ter possibilidade de receber mais dinheiro. Neste caso, o seu salário fica condicionado à sua produção diária.

Quando o trabalhador do campo não é volante, ele pode plantar verduras e legumes, através de “arranjos” com o patrão, e conseguir com isto um dinheiro extra. Normalmente, para realizar este tipo de produção ele deve contar com toda a ajuda da família inclusive para comercializar o produto do trabalho, na feira mais próxima. Mais raramente acontece de plantar árvores frutíferas, pois que isto implica em obrigações trabalhistas, em eventuais problemas com o patrão. Legalmente, o patrão fica obrigado a indenização de árvores frutíferas em caso de rompimento do contrato de trabalho. É por esta razão que na combinação de um trabalho extra com o trabalho assalariado “opta” pelo plantio daquilo que rapidamente recolhe e, não implica em investimentos maiores, como: mandioca, milho, batatas, couve, repolho, etc.

Na medida em que os filhos vão chegando à adolescência e à idade adulta, a família trabalhadora, seja no campo ou na cidade, passa a contar com uma possibilidade de obter, maior renda e “melhorar” seu nível de vida. Só nesta fase os filhos significam maior renda e maiores possibilidades de consumo, após um longo e penoso tempo em que o principal provedor da família é o pai. Os filhos adultos passam a também participar das provisões da família ainda que as despesas mais fundamentais, como os alimentos básicos (o arroz, o feijão, o macarrão e a carne) fiquem ao encargo do pai. No seu papel de organizar o orçamento doméstico e gerenciar a família, a mãe organiza a renda e distribui internamente. As filhas já nesta idade não apenas colaboram no orçamento doméstico, através de um trabalho assalariado, mas também conseguem por si mesmas cobrir suas despesas com roupa, saúde e até mesmo educação. Muitas delas aliviam o peso do consumo de alimentos e outros pequenos gastos quando trabalham como empregadas domésticas, fazendo suas refeições e dormindo no local de trabalho. O dinheiro conseguido pelos filhos vai cobrir despesas menos fundamentais e até mesmo possibilitar à família o consumo de bens duráveis até então de difícil acesso, como: geladeiras, televisões, móveis e utensílios domésticos.

No campo a situação já difere um pouco. Se por um lado, os filhos do sexo masculino possibilitam uma maior renda para a família, as filhas entretanto, diferentemente do que ocorre na cidade, contam com maiores dificuldades de acesso ao emprego, ficando muitas vezes restritas ao trabalho doméstico ao lado das mães. Porém, em situações mais extremas, elas participam igualmente do trabalho agrícola. Seja porque a família não dispõe de outros membros do sexo masculino ou porque os níveis de salários, e as formas de trabalhos são tão

precários, a família é obrigada a colocar seus membros femininos em atividades consideradas quase que exclusivamente masculinas.

A família do campo, que apresenta uma prole numerosa, é muitas vezes desejada, porque o pai pode contar com a ajuda dos filhos para aumentar sua produção, quando tem uma pequena propriedade, é um meeiro ou mesmo assalariado com possibilidades de exploração de parte da terra, ou, no mínimo, como possibilidade de fazer uma horta, criar porcos, galinhas, etc. Estas, geralmente, são atividades complementares ao trabalho assalariado do pai ou membros adultos da família. Da mesma forma que na cidade, filhos em idade não produtiva significam um peso para os pais. Normalmente, coincide que a família tem sua fase de maior penúria quando os filhos são todos pequenos. Do ponto de vista do patrão, empregados com filhos em idade de produzir também são largamente desejados, enquanto que famílias com filhos pequenos muitas vezes significam maior consumo, despesas e dias de não-trabalho por conta das freqüentes doenças na infância. O contra-peso nesta fase é que o trabalhador ainda jovem dispõe de muitas energias para o trabalho. Quando os seus filhos já podem ajudar nas despesas, o pai começa a ter uma queda na produtividade ou dificuldades para conseguir trabalho porque já não dispõe da mesma energia e saúde. Seu corpo foi lentamente consumido no trabalho, já que também cedo ingressou no mercado e suas condições de vida não lhe permitiram repor o desgaste sofrido.

Na medida em que os filhos vão participando da geração da renda familiar a dependência econômica, afetiva e psicológica também vai gradativamente diminuindo. O pai perde grande parte da sua autoridade e poder junto aos filhos. A mãe numa certa medida vê modificado o seu papel junto à família. Sua autoridade, ainda que secundária, é também diminuída, seu papel neste momento é

freqüentemente o de mediadora entre os conflitos pais/filhos e irmãos. Ela mantém ainda, um importante papel de socialização dos filhos, reproduzindo e transmitindo a eles os padrões de comportamento e de consumo que devem ser seguidos ou, pelo menos aspirados. Em especial, os filhos de sexo feminino demandam muitos cuidados de educação e o cuidado dos pais e, em particular da mãe, no que diz, respeito à sexualidade, ao comportamento e a responsabilidade que futuramente, terão que arcar na constituição de uma nova família. Desta forma, a família trabalhadora se produz e reproduz para a sociedade como família de trabalhadores.

3.1.6 Transporte e Convívio Familiar e Estresse

Este é um dos itens de consumo que na atualidade tem se constituído em grande problema para os trabalhadores em geral e, de modo especial, para aqueles dos centros urbanos. Assiste-se hoje em dia, a uma elevação crescente de preços das tarifas dos transportes coletivos de modo a se constituir em grandes dificuldades que se somam ao lado de outras, que os trabalhadores enfrentam cotidianamente. Diferentemente do que ocorre com outros itens de consumo, como a habitação, alimentação, a vestimenta e os cuidados com a saúde, as famílias não dispõem de soluções caseiras para contornar o problema. Se o trabalhador mora próximo ao seu local de trabalho, pode fazer o trajeto a pé ou de bicicleta. Entretanto, esta é uma solução que apenas uma minoria pode dar à questão. A grande massa de trabalhadores depende do transportes coletivos como os ônibus e barcos. Como o trabalho é fundamental para assegurar a sobrevivência das famílias, o transporte é fundamental para a manutenção do emprego. O trabalhador cumpre horário rígido,

na maioria das vezes, e os atrasos em relação ao horário de trabalho podem resultar tanto em descontos, do seu salário, quanto em anotações na sua “ficha” na empresa ou na fábrica.

Para dar conta da pontualidade exigida pelo trabalho, onde trabalhador têm a sua convivência familiar reduzida em função da antecedência com que deve sair de casa e do atraso da volta ao final do dia de um serviço. Muitas pessoas saem de casa às 4 ou 5 da manhã para chegar ao trabalho às 8, conseguindo regressar à noite, depois de uma hora ou mais após deixar o trabalho. É comum encontrar pessoas que permanecem 12 horas fora de casa, para cumprir uma jornada de trabalho de 8 horas. Isto significa que, para uma jornada de trabalho de 8 horas (e muitos necessitam fazer hora extra) 4 horas são consumidas no percurso casa - trabalho e nas horas de espera da condução reduzindo não só o seu convívio familiar, como o seu período de repouso. Dessa forma, o trabalhador não sofre somente os desgastes físicos advindos do tipo de serviço que realiza, mas está submetido também a outros desgastes como aqueles relativos a ida e ao regresso do trabalho.

3.1.7 Sistema de Papéis e de papéis e de relações entre Mulheres e Homens/Gênero

Gênero é um conceito que se refere a um sistema de papéis e de relações entre mulheres e homens, os quais não são determinados pela biologia, mas pelo Contexto Social, Político e Econômico. O sexo biológico de uma pessoa é dado pela natureza; o gênero é construído.

Do mesmo modo que mulheres e homens possuem diferenças sexuais biologicamente determinadas, também lhes foram impostos pela sociedade – geralmente de forma arbitrária – diferentes papéis, baseados em seus sexos. Este fenômeno é conhecido como *papéis de gênero*: modos de ser e de interagir como mulheres e homens, que são moldados pela história, ideologia, cultura, religião e pelo desenvolvimento econômico. Os papéis de *gênero* são *aprendidos*. Diferem de uma sociedade para outra, de um lugar para outro e variam de acordo com a época.

Características como cabelos compridos, consideradas femininas num determinado momento, podem ser consideradas características masculinas numa outra época.

Fatores passageiros como a moda e tão profundos como as relações desiguais de poder determinam as particularidades dos atributos de gênero, numa dada cultura.

As características sexuais são determinadas no útero, no momento da concepção. A identidade de gênero é desenvolvida durante a infância e na vida adulta. A construção dos papéis e das relações de gênero é um processo permanente. Os pais e as mães, as irmãs e os irmãos, os parentes e os amigos, todos desempenham um papel no reforço ou desestímulo de certos comportamentos para meninos e meninas. As escolas, assim como a mídia e outras instituições próximas aos lares têm seu papel formativo, transmitindo valores, modelos de papéis e estereótipos de gênero.

O ambiente doméstico é freqüentemente considerado como a primeira arena das relações de gênero. Mas homens e mulheres interagem nos serviços burocráticos, nos negócios, nos partidos políticos e em outras esferas, imbuídos de

atitudes, aptidões e condicionamentos que lhes são impostos com base no gênero, repetindo e reformulando esses modelos e estereótipos.

Falar sobre gênero não implica afirmar que todas as mulheres são iguais. Mas as mulheres compartilham obstáculos, forças e experiências que as unem como um grupo, conferindo a elas interesses e necessidades comuns. A categoria de *gênero* pode ser tão útil quanto outras, tais como raça, etnia, classe, casta, nacionalidade, idade ou estado civil, embora estas possam, num determinado contexto, adquirir um significado mais relevante. As formas que a subordinação social e econômica assumem são tão complexas e individualizadas, quanto às pessoas sobre quem recai o seu ônus. Apesar de o *gênero* estar sempre presente, tem sido constantemente ignorado.

Em resumo, gênero é um conceito, uma condição, uma categoria e um componente. Mas gênero pode ser usado, também, de diversas outras formas: viés de gênero, neutro em relação a gênero, sensível a gênero e análise de gênero.

Neutro em relação a gênero: descreve pessoas ou políticas que falham no reconhecimento do *gênero* como determinante das opções oferecidas às mulheres e aos homens. Como ilustração, o lar se constitui num verdadeiro local sem visão de gênero, na medida em que os programas freqüentemente encaram esta unidade básica de assistência como monolítica, ignorando o fato de que nem todas, nem mesmo a maioria das famílias se enquadram nessa imagem estereotipada de “pai, mãe, filhos” e que os benefícios e as desvantagens do desenvolvimento não são igualmente distribuídos entre todos os seus membros.

O termo **sensível a gênero**, em contrapartida, descreve uma abordagem que considera os fatores enraizados na divisão do trabalho e do poder entre mulheres e homens, e que se apropria das informações, como renda e influência

para revelar *quem* se beneficia e *quem* é aliado das ações voltadas para o desenvolvimento.

Análise de gênero: é a sistemática avaliação dos papéis, relações e processos, enfocando as desigualdades quanto ao poder, riqueza e carga de trabalho entre mulheres e homens em todas as sociedades. Aplicada ao processo de desenvolvimento, a análise de *gênero* considera os diferentes impactos que os programas e políticas têm sobre homens e mulheres.

Existem várias maneiras de conduzir a **análise de gênero**, mas as questões básicas a serem colocadas, conforme sugestão da Conferência de Bergen, realizada em 1991, que tratou do Treinamento sobre *Gênero* e Planejamento do Desenvolvimento são:

1. Quem faz o quê?

(divisão do trabalho entre mulheres e homens no sistema a ser analisado);

2. Quem possui o quê?

(acesso à propriedade, titularidade e direitos de decisão sobre recursos públicos e privados no sistema em questão);

3. Quais os fatores que influenciam a organização de gênero?

(identificação de fatores – cultura, legislação, economia e propostas políticas – que influenciam essa organização de *gênero*);

4. Como os recursos públicos e privados são distribuídos e quem recebe o quê?

(quais estruturas institucionais são utilizadas, seus graus de equidade e eficiência e como fazê-las responder mais eficazmente às necessidades dos homens e das mulheres).

Trabalhar com as mulheres não significa automaticamente que considerações de *gênero* estejam sendo incluídas. Apesar de as relações de *gênero* estarem sempre presentes, levá-las em consideração requer um interesse especial na sua apreciação. Realmente, muitos trabalhos de desenvolvimento com mulheres ignoram essas preocupações de *gênero*, ao supervalorizar os papéis reprodutivo e doméstico das mulheres e a sua “guetização” em atividades consideradas, tradicionalmente, como femininas.

Mas também as questões de *gênero* não estão necessariamente atendidas quando os homens se tornam datilógrafos e quando as mulheres rompem barreiras consideradas “telhado de vidro”. “Trocar um papel de gênero de um para outro sexo, não significa, por si só, um sinal de conscientização e gênero”, escrevem Ellen Farr e Rudo Chitiga.

A confusão quanto à terminologia mulher/*gênero* é compreensível na medida em que reflete uma mudança gradual do foco *sobre a mulher* para o foco *sobre gênero*, sobre o que muito se tem debatido.

No próprio INSTRAW, os termos *gênero* e *mulheres* têm sido usados de diferentes maneiras no decorrer do tempo, evoluindo a partir de novos conhecimentos adquiridos através da experiência. Proponentes do foco *em gênero* sustentam que a discussão sobre mulheres, implicitamente, envolve mulheres, homens e o relacionamento entre ambos, e que a terminologia de *gênero* apresenta melhores possibilidades de influenciar “the mainstream” (que pode ser traduzido como “correntes de opinião” ou mesmo “população alvo”). Outros acreditam que o termo *mulheres* deve ser usado porque as mulheres há muito tempo, têm sido ignoradas e que a mudança para o termo *gênero* tiraria as mulheres do centro das atenções.

Acredita-se que os dois pontos de vista são válidos e que a resposta se encontra não em “*um ou outro*” mas em “*um e outro*”. Esta concepção de *gênero* tem-se mostrado essencial para os objetivos de análise. Mas a terminologia *mulheres*, com suas diversas variáveis descritivas (ex: mulheres idosas, pobres, de raça ou etnia diferentes) continua sendo útil.

A discussão da terminologia transcende a semântica, quando colocada em prática no campo do desenvolvimento. Muitos modelos e estratégias diferentes têm sido usados, ao longo dos anos, para ajudar no desenvolvimento das mulheres. Todos têm apresentado benefícios e deficiências.

Os projetos que adotam a abordagem “*só para mulheres*” canalizam recursos especiais para mulheres, de modo a evitar que os interesses das mulheres sejam diluídos em programas gerais. Esta metodologia estimula as mulheres a expressar seus conhecimentos, necessidades e planos, sem a interferência de homens. Por outro lado, programas integrados procuram atingir as mulheres sem isolá-las ou sem forçar a discriminação. Esta abordagem opera com a premissa de que, envolvendo os homens na promoção dos interesses das mulheres, a realização de ajustes e compromissos que os homens podem ser chamados a fazer, se dê de uma forma mais fácil. Este método opera com a crença que ambos, mulheres e homens, devem participar do processo do seu próprio desenvolvimento e que a consonância de seus interesses deve ser enfatizada.

A ineficácia dos esforços do desenvolvimento para reverter o *empobrecimento das mulheres* deu origem à estratégia chamada de Mulheres no Desenvolvimento (WID – Women in Development). Embora a abordagem WID tenha tido sucesso em chamar a atenção para múltiplas dimensões dos papéis das mulheres e os impactos positivos da inclusão das mulheres no desenvolvimento, ela

não foi capaz de garantir o acesso das mulheres aos benefícios gerados pelo desenvolvimento. De fato, a proposta WID freqüentemente se mostrou contraproducente, gerando novas responsabilidades e restringindo ainda mais o tempo livre das mulheres.

As atividades de Mulheres no Desenvolvimento tenderam a enfocar, exclusivamente, um ou outro papel, ignorando como esses papéis eram articulados, subestimando as relações sociais e de poder entre mulheres e homens. É lógico que, para ser efetivo, um novo paradigma de desenvolvimento, conhecido como a Abordagem do Gênero e Desenvolvimento (GAD) deveria crescer incorporando esta dimensão.

Ao mesmo tempo, a comunidade de pessoas e instituições que trabalham com o desenvolvimento começou a concentrar-se na questão do “empowerment”¹, como medida corretiva para as abordagens assistencialistas que consideravam as mulheres como um grupo dependente, vulnerável ou em situação de desvantagem. O “empowerment” é uma ferramenta para a construção da autoconfiança, que ressalta a capacidade humana de promoção do auto desenvolvimento, sempre que existir apoio adequado e ambiente propício. Essa nova direção traz consigo uma crescente conscientização de que esforços, tanto das mulheres quanto dos homens, tornando necessária uma realidade com uma agenda do desenvolvimento

¹ Empowerment é um velho conceito adaptado a novos tempos e a novos temas e ainda não tem uma boa tradução. Especificamente ligado à questão de gênero, “empowerment”, não é uma outorga ou investidura de poder, não é algo que se dê, pois a decisão de se envolver é do indivíduo. Promover o “empowerment” não é forçar uma mudança: é propiciar condições para que as transformações ocorram. “Empowerment” é um processo complexo de crescimento individual e de grupo na direção da autonomia, na busca de solução para os problemas: é a preparação para o exercício da cidadania no seu sentido mais amplo. Elementos como motivação, compreensão das relações de gênero e suas conseqüências, desbloqueio do medo, o vencer das próprias resistências, desenvolvimento da autoconfiança e da percepção da capacidade de mudar relacionamentos, desenvolvimento da capacidade de enfrentar desafios e eliminação da mentalidade vítima contribuem para construir o conceito de “empowerment”.

sustentável, centralizado “nas pessoas” em oposição ao desenvolvimento centralizado na “economia”.

3.1.7.1 Dimensão do Sistema Biológico/Universo Feminino

A análise de gênero chama a atenção para certos pontos estabelecidos neste processo. Enquanto questões como divisão do trabalho, divisão do poder, relações entre papéis produtivos e reprodutivos das mulheres, há muito têm sido assunto de preocupação de estudiosos de várias disciplinas, somente agora estão sendo introduzidas como fatores de análise pelos planejadores do desenvolvimento.

O centro dessa discussão é o reconhecimento de que as diferenças biológicas entre mulheres e homens são usadas como justificativa para a discriminação das mulheres.

A capacidade biológica das mulheres de gerar filhos é colocada como um fundamento lógico para circunscrever as suas atividades à esfera doméstica, exigindo que desempenhem certas tarefas e determinando que tipos de atividades elas podem exercer fora do ambiente doméstico.

Embora as mulheres se tornem mães e os homens, pais, só as mulheres são fortemente limitadas pela sociedade em termos de seus papéis como mães, sendo freqüentemente ignoradas suas necessidades enquanto pessoas. Além disso, o fato de muitas mulheres desempenharem trabalhos árduos, reconhecidos como de homens, contradiz o conceito de “sexo frágil que o senso popular tem sobre as mulheres.”

O fato é que a diferença sexual é usada para, arbitrariamente, limitar a autonomia feminina, suas atividades econômicas e o acesso ao poder político. Essas relações sociais, que dividem os sexos, propiciam diferentes oportunidades para homens e mulheres. A sociedade é estruturada de tal forma que a experiência das mulheres é permeada de desvantagens.

Em todo o mundo, as mulheres enfrentam obstáculos estruturais, restrições legais, sociais e culturais que se traduzem em discriminação, marginalização e subordinação, tanto visíveis quanto invisíveis. Ou, como Gertrude Mongella, Secretária Geral da IV Conferência sobre a Mulher afirmou: “Os problemas das mulheres não diferem de país para país. Diferem apenas de intensidade” (NAÇÕES UNIDAS, 1994, p. 3).

❖ Processo Laboral /Gênero

O que tem sido tradicionalmente denominado *divisão sexual do trabalho* corresponde, na emergente linguagem de gênero, à *divisão do trabalho por gênero*. A mesma terminologia atual pode ser aplicada ao conceito analítico da *divisão sexual do poder* ou à *divisão das relações de poder por gênero*.

A análise da *divisão do trabalho por gênero* não enfoca apenas a questão *de quem faz o quê e por quanto*, mas *como* as tarefas são atribuídas e *como* recompensas e recursos são distribuídos. Ela ainda examina os laços existentes entre estas divisões e os relacionamentos de autoridade, de tomada de decisão e de controle, em todas as etapas do processo de produção e do processo de distribuição. Enquanto a divisão do trabalho entre mulheres e homens se modifica de

acordo com a cultura e a época (em si mesmo, um argumento convincente de que a divisão não é “natural”, mas determinada pela sociedade), o trabalho das mulheres continua recebendo uma remuneração menor e é menos valorizado do que o dos homens e são via de regra, mais bem pago, mais prestigiado e tem mais possibilidade de ser contabilizado nas contas nacionais. O trabalho das mulheres tende a ser temporário, mal remunerado ou mesmo sem qualquer remuneração.

O modo como os *papéis de gênero* são organizados na sociedade ajuda a explicar os tipos de empregos criados para as mulheres, remunerado ou não, tem crescido em todo o mundo, mas muito deste crescimento reflete, por exemplo, a expansão internacional das Zonas de processamento de Exportação, constituídas com base em empregos de baixa remuneração e com necessidade de “*dedos ágeis*”, como nas indústrias têxteis e montagem eletrônica. Os empregadores preferem as mulheres nestes tipos de trabalho por uma série de razões discriminatórias, resultantes de um viés de gênero: as mulheres são, de modo geral, consideradas menos qualificadas e aceitam salários menores. As mulheres são consideradas mais dóceis e menos predispostas a se organizarem em função de seus direitos trabalhistas. Considera-se que as mulheres sejam mais adaptáveis às tarefas monótonas, sedentárias e de precisão, devido à sua própria natureza e ao condicionamento doméstico.

Apesar de sua crescente participação no mercado de trabalho, a produtividade feminina está freqüentemente escondida nas casas, nos campos e no setor informal. Como resultado, as múltiplas contribuições das mulheres para a economia não se refletem inteiramente nas contas nacionais. Não contempladas pelas estatísticas, elas são, então, ignoradas na elaboração do planejamento e das políticas. Para evitar isso, a produtividade feminina precisa se tornar visível, bem

como adquirir valor econômico. Ambos os passos exigem uma nova visão quanto ao significado e mensuração da produção.

São necessários esforços especiais para que sejam superados os estereótipos com relação às aptidões profissionais atribuídas a mulheres e homens. Com que frequência, nos projetos, a parte “técnica” é elaborada pelos homens e a parte “social” pelas mulheres?

Idéias preconcebidas sobre “trabalho de mulher” são fatores responsáveis pela limitação das oportunidades de emprego para as mulheres, restringindo-as, por exemplo, a tarefas relativas à cozinha e à limpeza. Treinamentos vocacionais, técnicos, científicos e profissionalizantes são cruciais para abrir oportunidades às mulheres e romper todos os modelos tradicionais.

Um clichê, no entanto, ainda é verdadeiro: *“o trabalho das mulheres nunca termina”*.

As mulheres, empregadas ou não, precisam ser aliviadas da carga não dividida e não remunerada dos trabalhos domésticos. É preciso que posturas mais abertas sobre o trabalho das mulheres e dos homens sejam difundidas e cheguem à esfera doméstica.

Tais comportamentos precisam ser apoiados por políticas governamentais que ofereçam acesso à infra-estrutura (como eletricidade, saneamento básico, saúde, educação, serviços de cuidado com as crianças), bem como a outros serviços básicos, de modo a aliviar as responsabilidades domésticas de mulheres e homens.

❖ **A dimensão reprodutiva e as Relações Sociais Cooperativas entre Homens e Mulheres**

A idéia de que a própria reprodução biológica é uma atividade social, distinta da atividade de cuidar de crianças e determinada pelas relações sociais e condições materiais que se transformam, é essencialmente marxista em inspiração. Na Ideologia Alemã, Marx define três aspectos da atividade social: ao lado da “produção da vida material”, e a produção de novas necessidades, a procriação humana, a reprodução dentro da família é também uma “relação social”. Isto é, envolve não só relações naturais e biológicas, mas relações sociais cooperativas entre homens e mulheres, através de práticas procriativas. Esta atividade é social na medida em que é cooperativa, tem objetivos e sobretudo, é consciente. Enquanto Marx, claramente, tem em mente relações para o objetivo da procriação. Nós podemos estender esta visão à sexualidade humana em geral, quer seja heterossexual, homossexual ou bissexual, ela é fundamentalmente social, envolvendo a reciprocidade, articulação consciente e recriação de desejos, e não meramente, satisfazendo uma necessidade, mas fazendo-o num contexto imperativo que as pessoas criam juntas. Além disto, como os recentes trabalhos de Rayna Rapp, Ellen Ross, Jeffrey Weeks, Jean Louis Flandrin, Michael Foucault, Gayle Rubin e outros, mostram as práticas e significados sexuais, como as práticas e significados da maternidade, variam enormemente, através da história, da cultura e dentro da mesma cultura, indicando que estes campos de atividades “naturais da experiência humana” são, incessantemente, mediados pela práxis social e pelo planejamento.

A verdade é que esta variabilidade caracteriza a experiência sexual e maternal, isto é, muito mais verdadeiro em relação à contracepção, ao aborto e à prática de cuidar de crianças. São todos domínios que, através da civilização, têm sido transformados pela intervenção humana consciente. Uma mulher não fica simplesmente grávida, ou dá à luz como as marés e as estações. Ela o faz sob condições materiais definidas que estabelecem limites aos processos reprodutivos “naturais”, como por exemplo: os métodos existentes de controle da fecundidade e o acesso a esta tecnologia, divisões de classe e o financiamento dos serviços de saúde, nutrição, emprego, particularmente de mulheres, o estado da economia de modo geral. Ela o faz dentro de uma rede específica de relações sociais envolvendo ela própria, seu parceiro sexual, seus filhos e parentes, os médicos, fábricas de pílulas, os empregadores, a igreja e o estado.

A abordagem da idéia de um metabolismo ou interação necessária entre os aspectos naturais e sociais da vida humana, sugere que a socialização progressiva de seres naturais, através da prática social, é a própria essência da história. Dicotomizar a natureza da sociedade como objeto de duas ciências diferentes e, nesta visão, falso seria assumir uma divisão entre as funções biológicas femininas e suas funções sociais:

a observação de Marx sugere que se procure a relação dialética entre os lados naturais e sociais da reprodução, em vez de os olhar como dois processos paralelos, mas independentes. Neste ponto de vista, a população humana é vista como a unidade dos aspectos biológicos e sociais que condicionam um ao outro, sendo o aspecto social o principal, mas não o único fator.

A tentativa de desenvolver uma concepção social da reprodução, naturalmente, não foi limitada aos marxistas. Os demógrafos, por exemplo, geralmente reconhecem a importância das condições sociais na determinação da população, mas, dentro de um conjunto completamente mecanicista de

pressupostos. Um fenômeno social, tal como a mudança na taxa de natalidade, é visto, somente em termos de eventos demográficos mensuráveis estatisticamente (nº de mulheres de uma dada realidade, que entram na força de trabalho, disponibilidade de uso de contraceptivos, etc.), como se fosse uma ocorrência natural, não planejada.

Os antropólogos orientados para a questão da população, por outro lado, enfatizam, não só a tremenda variabilidade, mas o caráter racional deliberado de métodos de controlar a população e a fertilidade (infanticídio, contracepção, abstinência, coito interrompido, práticas de casamento), entre todas as sociedades, incluindo as mais primitivas. Entretanto, eles vêem tal atividade de uma perspectiva funcionalista como “mecanismos adaptativos” adotados pela cultura como um todo indiferenciado por divisões de sexo ou divisão de poder. Está ausente desta perspectiva que os métodos e objetivos da reprodução e o controle sobre eles podem em si mesmos, ser uma área contestada dentro da cultura, particularmente entre homens e mulheres.

De outro lado, uma análise da atividade reprodutiva em termos de “relações sociais de reprodução” enfatizaria o dinamismo histórico de consciência e de conflito social e a agência histórica de grupos sociais. Divisões sociais baseadas nas diferentes relações de poder e de recursos mediatizam os arranjos institucionais e culturais, através dos quais a biologia, a sexualidade e a reprodução entre seres humanos são expressas e tais relações são essencialmente antagonísticas e complexas.

No nível mais básico, elas envolvem divisões de gênero ou a divisão sexual do trabalho. Mas, nas sociedades divididas em classes, são também interligadas com divisões baseadas nas classes.

O livro de Gordon (1949) está cheio de exemplos de maneiras nas quais nos Estados Unidos, nos séculos XIX e XX, as possibilidades de as mulheres controlarem a fecundidade estava diretamente afetada pela sua posição de classe, o que determinava sua relação com o sistema médico e de planejamento familiar. Assim, por exemplo, o diafragma, o método contraceptivo mais eficiente na década de 30 (e quando consideramos a saúde e a segurança da mulher ainda um dos melhores métodos até hoje) era virtualmente inacessível às mulheres pobres e trabalhadoras, devido às condições materiais como a falta de privacidade, de água corrente, de clínica privadas, a formação – instrução médica, através dos quais o diafragma era distribuído.

Hoje, as divisões de classe e de raça no cuidado da saúde reprodutiva determinam, não só o acesso das mulheres a serviços ginecológicos decentes, aconselhamento, etc., mas também o seu risco de esterilização involuntária, drogas contraceptivas perigosas, histerectomia desnecessária.

As relações sociais de reprodução, também são complicadas pelas formas diferentes de consciência e luta, através da qual elas são expressas em diferentes períodos históricos. Às vezes os antagonismos permanecem implícitos e reprimidos, outras vezes sob particulares condições que precisam ser compreendidos mais precisamente, a contracepção e o aborto tornam-se terrenos de conflito aberto sexual e de classe. Estudos antropológicos e históricos, embora escassos, registram as particularidades das relações reprodutivas com classe e cultura e as formas em que estas relações são inerentemente relações de divisão social.

Ao longo da História é possível encontrar relatos de um número de sociedades nas quais o aborto ou a retaliação contra o aborto involuntariamente provocado representava um ato claro de desafio das mulheres. Estudos da visão

da igreja da alta idade média, em relação à contracepção e às relações sexuais (especialmente o sexo não procriativo) aponta que a evidência de ampla prática contraceptiva entre pessoas casadas e não casadas indica que era comum na Europa do século XV ao século XVIII a resistência consciente e mesmo impenitente.

Em relação a uma teoria da liberdade reprodutiva, estes exemplos sugerem que a questão crítica para as feministas não é tanto o conteúdo das escolhas das mulheres ou mesmo o direito a escolher, **mas sim as condições sociais e materiais nas quais estas escolhas são feitas.**

O direito à escolha significa muito pouco quando as mulheres não têm poder. Em culturas onde a ilegitimidade é estigmatizada, onde os bebês mulheres são desvalorizados, as mulheres podem recorrer ao aborto, ou ao infanticídio com impunidade, mas esta opção claramente deriva de uma subordinação feminina.

Similarmente as mulheres podem ter autonomia sobre a reprodução, ou parto como na Nova Guiné ao mesmo tempo em que são totalmente excluídas de tudo mais. Ou como as mulheres empregadas da América Cynimid na Virgínia: podem escolher a esterilização como alternativa a perder seus empregos. Parafraseando Marx, *as mulheres fazem sua própria escolha reprodutiva, mas não as fazem como querem, não as fazem sob condições que elas próprias criaram, mas sob condições sociais e restrições que elas como meros indivíduos são impotentes para mudar.*

O fato que os próprios indivíduos não determinam o quadro social no qual agem, não anula suas escolhas nem a sua capacidade moral de fazer, só sugere que temos de focalizar menos na questão da escolha e mais na questão de como transformar as condições sociais da escolha, do trabalho e da reprodução.

No presente, as forças organizadas que forjam o caráter socialmente construído e específico de classe da experiência reprodutiva das mulheres nos Estados Unidos são poderosas demais. A intervenção de médicos, particularmente obstetras e ginecologistas no controle das mulheres sobre suas vidas reprodutivas têm sido muito ampla, no entanto, o controle médico sobre a reprodução está longe de monolítico.

As agências de controle privado e governamental cooperaram com a profissão médica, como indicações médicas e eficácia médica tornaram-se eufemismos para eficácia técnica no controle da natalidade. Estas agências mantêm um poder financeiro e institucional independente dos médicos.

Além disso, a comercialização em escala de produtos de controle de fecundidade significou que outros interesses como as companhias farmacêuticas e de seguros tornaram-se influências importantes nos tipos de métodos disponíveis para as mulheres, sua segurança ou risco, e se ou não ela será reembolsada.

O impacto desta ligação de interesses médicos, de empresas e do estado na administração da reprodução definiu as escolhas de todas as mulheres, mas numa forma realmente diferente dependendo da classe e da raça. Sabe-se que os médicos, ainda os principais fornecedores de aborto e contracepção, variam grandemente o tipo de informação que fornecem, e a qualidade do serviço, em função da classe e da raça da mulher.

Por exemplos os médicos particulares em Maryland praticam o aborto com muito mais regularidade nas pacientes de classe média do que nas de classe baixa.

Também os casos de abuso de esterilização por médicos nos Serviços de Saúde Pública ocorreram quase que exclusivamente entre mulheres negras, índias, mexicanas, assim como entre mulheres prisioneiras e retardadas mentais.

Às mulheres de baixa renda e que não falam inglês é negada informação de métodos mais seguros e não médicos de controle de fecundidade por causa dos pressupostos racistas, classistas de que elas não são competentes para gerenciar tais métodos.

Além disso, quem será usado como sujeito experimental nos Programas Internacionais de controle populacional serão invariavelmente, as mulheres da periferia de Porto Rico, da América Latina, e no sul dos Estados Unidos. Elas são usadas para testar os implantes e químicos contraceptivos (como a Depoprovera), que são questionados pelas Agências Federais nos Estados Unidos.

Finalmente, numa sociedade capitalista, classe é o determinante mais poderoso dos recursos materiais que ajudam a fazer com que ter que cuidar de criança seja uma experiência alegre, agradável, mais do que uma carga.

Seria errado, entretanto, desenhar as mulheres de qualquer classe como as vítimas passivas de Políticas Médicas, comerciais e Estatais de Controle Reprodutivo. Nas audiências do comitê de população da câmara dos deputados e em processos legais, as mulheres desafiaram, com sucesso, os laboratórios e os médicos em relação aos riscos graves do uso das pílulas da Depoprovera e de outros hormônios sintéticos.

Os grupos de mulheres negras, mexicanas e índias vieram juntar-se com grupos de Direitos Reprodutivos e de Saúde da Mulher para lutar contra a esterilização involuntária nas Cortes e através de novas regulações reprodutivas. O movimento ativo para defender a liberdade reprodutiva e do direito ao aborto está crescendo nos Estados Unidos, na Europa Ocidental e é atualmente a principal força do movimento feminista. A política reprodutiva é mais que nunca um terreno de luta ativa.

O que é a liberdade reprodutiva do ponto de vista do materialismo histórico? A luta da mulher para assegurar o controle sobre os termos e as condições da reprodução é baseada em que princípio? A visão materialista da liberdade reprodutiva justificaria esta luta em termos do princípio da necessidade determinada socialmente, isto é, nesta perspectiva o imperativo moral surge da oposição em que as mulheres se encontram, definida historicamente e culturalmente. Porque são as mulheres, não os pais, não os médicos, não os especialistas de cuidados infantis, não o estado, e sim as mulheres ainda que agüentam as conseqüências da gravidez e a responsabilidade pelas crianças, as condições de reprodução as afetam diretamente e em qualquer outro aspecto de sua vida.

Portanto, devem ser as mulheres primariamente que devem ter controle sobre se, quando, como e sob quais condições ter crianças. Além disso, uma ênfase na base social mais do que na biológica da atividade reprodutiva implica que tal atividade de uma vez por todas seja removida de qualquer esfera privatizada ou pessoal e possa *legitimamente ser trazida para intervenção Política e Social*. Esta intervenção pode tomar a forma de medidas para proteger ou regular a Saúde Reprodutiva, por exemplo, para assegurar a segurança e voluntariedade de métodos contraceptivos ou para transformar as condições materiais que atualmente dividem as opções reprodutivas das mulheres de acordo com a classe e a raça.

De outro lado a visão materialista da liberdade reprodutiva reconhece as contingências históricas nas quais as mulheres buscam o controle reprodutivo para si mesmas.

Na maior parte da história as escolhas das mulheres sobre a reprodução foram exercidas num quadro no qual a reprodução e a maternidade ainda

determinam a sua relação com o resto da sociedade. Uma visão materialista, e argumentada como feminista busca a eventual transcendência das atuais relações sociais da reprodução de tal forma que o gênero não seja em última instância o determinante da responsabilidade. Isto implica que as relações sociais atuais mudassem, e a sociedade fosse transformada de tal forma que os homens e a própria sociedade assumissem a responsabilidade igual pelo cuidado das crianças, então a base das necessidades mudaria e o controle sobre a reprodução não mais pertenceria primariamente às mulheres.

É aqui, entretanto, que uma sensibilidade feminista contrária começa e as limitações de um quadro de referência materialista histórico tradicional marxista para definir a liberdade reprodutiva tornam-se aparente. Estas limitações aparecem dentro de um quadro marxista feminista e que argumenta que o direito das mulheres ao aborto é contingente à situação das mulheres em nossa sociedade: se a comunidade total assume as responsabilidades pelo bem estar das mulheres e das crianças, então a comunidade como um todo deveria participar da decisão se um aborto em particular deve ser realizado.

Podemos realmente imaginar condições sociais nas quais nós estaríamos prontas a renunciar o controle sobre nossos corpos e nossa vida reprodutiva, para abrir mão da decisão sobre se, como, com quem nós teremos filhos, para a comunidade como um todo?

A *realidade* atrás desta questão é que o controle sobre as decisões reprodutivas, particularmente o aborto, tem a ver não só com o bem estar das mães e crianças, mas com a sexualidade e o corpo das mulheres enquanto tal.

A análise enfatizando as relações sociais de reprodução tende a ignorar e negar o nível de realidade mais imediato para as mulheres individuais: seu corpo no

qual a gravidez ocorre. Na realidade a análise torna-se falsa na medida em que omite a realidade sensual e imediata dos indivíduos. Para fazer esta conexão, a teoria da liberdade reprodutiva tem que recorrer a curtos quadros conceituais, particularmente o que tem sido associado com a tradição feminista e que afirma o direito e a necessidade de auto-determinação da mulher quanto ao seu corpo.

Mesmo que a contracepção fosse aperfeiçoada até a infalibilidade e portanto nenhuma mulher precisasse ter um filho não desejado, mesmo que leis e costumes mudassem – desde que mulheres, e mulheres só sejam as que criam as crianças, nossos filhos crescerão procurando a compaixão só nas mulheres, ressentindo-se da força da mulher como “controle”, agarrando-se às mulheres quando nós tentamos nos mover para um novo modo de relacionamento.

Como nós podemos quebrar a aparente contradição entre o direito da mulher ao controle sobre a reprodução, e sua necessidade de não ser definida pela reprodução? Como começamos a transformar as relações sociais de reprodução, trazer os homens, como pais potenciais dentro de relações com bases igualitárias? Como poderia tal transformação afetar o princípio de “controle sobre os nossos corpos”? É o argumento deste texto que na prática as duas idéias de liberdade reprodutiva discutidas aqui devam ambas ser incorporadas em uma política revolucionária feminista e socialista. A despeito das reais tensões entre estas idéias – a ênfase nas mudanças das relações sociais de reprodução e a ênfase no controle das mulheres sobre seus corpos – nenhuma é dispensável para feministas e ambas são essenciais. Até agora nenhum movimento político por direitos reprodutivos ou emancipação das mulheres, incluindo o nosso próprio, tem sustentado esta dupla agenda de modo completo, sistemático e consistente.

A revolução socialista é uma base necessária, mas muito insuficiente para a liberdade reprodutiva, e é ilustrado de uma forma diferente pela política atual antinatalista na China. O esforço do governo chinês para limitar o nascimento em dois por casal, através de uma campanha maciça de propaganda, assim como de incentivos econômicos, tanto positivos, como negativos, levanta numerosas questões. Enquanto a decisão política de que a economia chinesa e seu sistema educacional não podem sustentar uma população cada vez mais jovem pode ser racional até certo grau, pode-se imaginar, primeiro se as sanções econômicas sobre as unidades domésticas são acompanhadas por esforços tão rigorosos para equalizar a posição da mulher no trabalho, na vida econômica e política, ou para desenvolver educação e métodos de controle da fecundidade para os homens. Além disso, as medidas caem mais pesadamente em alguns grupos por causa da divisão de classe e econômica de tal forma que as famílias mais pobres sentem uma pressão mais forte para concordar com esta política. Finalmente, como e por quem são estas decisões feitas? Os pais mais afetados por estas políticas são envolvidos no processo? O que é mais preocupante na política chinesa é sua ênfase em contraceptivos químicos e o DIU para as mulheres, com todos os conhecidos riscos e efeitos colaterais. Uma vez mais é o corpo das mulheres que é sujeito aos riscos reprodutivos.

Estratégias para estabelecer a liberdade reprodutiva devem distinguir entre diferentes contextos históricos e políticos. Sob as condições do capitalismo avançado existente nos Estados Unidos, hoje particularmente como a direita busca restaurar o controle patriarcal através da família, igreja e do estado sobre se, como e com quem as mulheres terão crianças, as mulheres são compelidas a defender seu próprio controle. A política reprodutiva neste contexto, necessariamente, torna-se

uma política pelo controle, além disto esta luta é grandemente complicada por divisões de classe e de raça que persistem. Para a maioria das mulheres, numa sociedade capitalista, o controle reprodutivo, a escolha é impensável sem uma ampla gama de mudanças sociais nos serviços de saúde, no emprego, na habitação, etc., mudanças que são em si mesmas predicados de uma revolução socialista. No meio tempo, controle no sentido mais limitado pode significar coisas muito diferentes para diferentes grupos de mulheres.

De outro lado porque a divisão sexual do trabalho de cuidar das crianças ainda prevalece e define a posição social das mulheres, uma política que enfatize os benefícios e serviços a fim de encorajar a natalidade, mesmo entre as solteiras, heterossexuais e lésbicas, pode aliviar a carga material da maternidade, mas pode também, na prática, contribuir para perpetuar a divisão atual de trabalho entre os sexos e a subordinação social das mulheres. Este tem sido o caso na Europa Oriental. Igualmente nos Estados Unidos é fácil imaginar reformas – particularmente agora, quando os demógrafos e os políticos temem a queda da natalidade – tais como a licença-maternidade, creches, etc., que se não acompanhadas de reivindicações pelas transformações da posição total da mulher, particularmente a respeito da questão do cuidado das crianças, podem ser usados para racionalizar esta posição. O argumento não é, é claro, que as atuais tentativas de assegurar aborto financiado pelo Estado, benefícios da maternidade e gravidez, cuidados de creches e outras reformas ligadas à reprodução, deveriam ser abandonadas, e sim que estas tentativas devem ser colocadas além do quadro de referências do direito da mulher escolher, e conectadas a um movimento revolucionário mais amplo que se dirija a todas as condições para a liberação das mulheres.

Uma transformação feminista e socialista das atuais condições de reprodução buscaria liberar as possibilidades de melhoria material, econômica e tecnológica da reprodução das formas tradicionais familiares e sexuais e colocar estas mudanças materiais positivas num novo conjunto de relações sociais.

O importante entre estas novas relações é aquela relacionada aos cuidados com as crianças e os homens devem estar prontos para dividir as responsabilidades de cuidado de tempo integral e universal das crianças como uma prioridade social, o que evidencia a responsabilidade do cuidado das crianças, e este deve ser dissociado do gênero, o que necessariamente significa que se torne dissociado da heterossexualidade. Os teóricos feministas revelam a base psíquica e cultural profundamente enraizada dos arranjos tradicionais de cuidado de crianças, ajudam a explicar porque este aspecto do patriarcado pré-socialista é o que parece mais intratado nas sociedades pós-revolucionárias. As mudanças que requeremos são totais; e nenhuma mudança decisiva pode ser realizada por medidas que visem somente as mulheres, mas as divisões das funções entre os sexos devem ser mudadas de tal forma que homens e mulheres tenham as mesmas possibilidades de serem pais ativos e serem empregados assalariados. Isto faz da emancipação das mulheres não uma questão feminista, mas uma função da luta geral para maior igualdade que afeta todo o mundo. O cuidado das crianças torna-se um fato que a sociedade tem que tomar em consideração.

Sob diferentes condições históricas do que a atualmente existente pode ser possível transcender alguns dos elementos mais individualistas do pensamento feminista sobre a liberdade reprodutiva... e seguir em direção a uma concepção da reprodução como uma atividade que concerne a toda a sociedade. Ao mesmo tempo, a base poderia ser criada para a genuína liberdade reprodutiva de indivíduos,

terminando o sistema de dominação que inibe o controle individual sobre seus corpos. Nós precisamos começar a visualizar o que estas condições seriam, embora pareçam tão longe da realidade presente. Pelo menos três condições parecem necessárias a fim de que se consiga realizar normas de reprodução baseadas socialmente, livres de gênero e libertadoras de indivíduos.

Primeiro nós teríamos que ter os pré-requisitos materiais que fariam com que ter e cuidar de crianças ou não fazê-lo seja uma alternativa real para todas as pessoas: métodos de regulação da fecundidade que sejam seguros, confiáveis e convenientes, serviços de saúde de boa qualidade e gratuitos, serviços de cuidar de crianças, creches, cuidados maternos e pré-natais, a eliminação de ambientes insalubres para a reprodução onde trabalhamos e vivemos, e provisão de empregos adequados, renda, habitação, educação para todos.

Mas o tipo de *Transformação Socialista no Universo Feminino* que queremos exigiria mais *Mudanças no Campo Material e Tecnológico*. Em segundo lugar, requererá *Mudanças* fundamentais nas *Relações Sexuais e Sociais de Reprodução* de tal forma que a idéia de uma *responsabilidade dividida e coletiva* pela sexualidade, pelo controle de fecundidade, e pelo cuidar das crianças se torne embutido na ideologia socialista e na Prática Social.

Sob condições de transformação socialista, diferentemente do capitalismo, há uma boa base normativa para a manutenção do princípio de responsabilidade coletiva, trans-gênero na atividade de reprodução e de cuidar de crianças, como de tudo mais. O fato histórico que, na maioria das sociedades socialistas atuais, o controle da fecundidade e o cuidar das crianças permaneceram no domínio primário das mulheres tanto ideologicamente como praticamente, não deveria ser tomado como evidência de uma incompatibilidade inerente entre o socialismo e a liberação

das mulheres (a visão de que o socialismo é só uma outra forma de patriarcado). Pelo contrário deve ser visto como uma dimensão entre outras na qual a transformação socialista plena não foi atingida. Os arranjos formais através dos quais estas relações transformadas poderiam ser expressas não foram nem imaginadas, ainda. Entre a família nuclear heterossexual e patriarcal e as barracas espartanas do Comunismo de Guerra, há certamente uma enorme amplitude de possibilidades sexuais e de cuidar de crianças.

Em terceiro lugar, as condições sociais em que as mulheres podem antecipar dividir a responsabilidade reprodutiva com os homens e com a comunidade como um todo, necessitariam ser condições nas quais os princípios e os processos democráticos fossem construídos em todo processo de decisão, inclusive os reprodutivos. Precisamos de uma democracia social radical na qual não seria permitido que a dominação burocrática ou por profissionais médicos reprimisse aqueles cujas vidas são imediatamente afetadas.

Dado este contexto, nós podemos imaginar um número de situações concretas, nas quais a intervenção social organizada coletivamente nas questões reprodutivas, ou mesmo nas questões de população, num sentido mais estreito, seria não somente legítimas, mas necessárias. A sociedade teria que tratar de questões econômicas, sociais concernentes à alocação de recursos para o equipamento comunal de cuidado de crianças, a mobilização de homens numa base sistemática para a atividade de cuidar de crianças, e mais difícil de tudo, a relação entre as responsabilidades com as crianças de organizações coletivas e aquelas dos pais – ou dos adultos relacionados.

No entanto, mesmo numa sociedade onde a responsabilidade coletiva pela reprodução e cuidado das crianças seja levada seriamente em todos os níveis

da vida inter-pessoal e pública, não haveria ainda aspectos da vida, das relações sexuais e reprodutivas que permaneceriam uma “questão pessoal”? Em particular as mulheres não teriam ainda uma autonomia reprodutiva especialmente em questões de aborto e parto, com base no princípio do controle sobre o próprio corpo? Mesmo no contexto de novas e revolucionárias relações sociais de reprodução não seria nunca legítimo compelir uma pessoa a fazer sexo ou ter uma criança, a fazer um aborto ou ser esterilizado, a expressar ou a reprimir a sexualidade numa forma prescrita ou a se submeter a uma intervenção química ou cirúrgica ou de qualquer outra intervenção física para objetivos de reprodução ou de contracepção.

O sentimento de ser uma pessoa com integridade pessoal, corporal e física permaneceria essencial à definição da participação social e da responsabilidade social sob quaisquer condições históricas.

Negar que haja sempre um conflito residual ou tensão entre este princípio que é a idéia da individualidade concreta ou da realidade subjetiva e aquela de uma moralidade social ou imposta socialmente na reprodução parece claramente não só ingênuo, mas omissos em relação a um valor importante.

Em qualquer sociedade permanecerá um nível de desejo individual que não pode ser totalmente reconciliado com a necessidade social, sem destruir as personalidades individuais cuja auto-realização, onde se referencia o objetivo último da vida social. Como o desejo de uma mulher em particular de ter uma criança ou de não ter seria harmonizado em cada caso com uma Política Social que determine na base da necessidade social as circunstâncias nas quais as pessoas devem ou não ter crianças? Mesmo se a reprodução e gravidez fossem tecnologicamente relegadas ao laboratório e sem dúvida permaneceriam mulheres que resistiriam à

revolução tecnológica como usurpadora do processo que pertence a elas individualmente, pessoalmente aos seus corpos.

A provisão de serviços universais e adequados de cuidado de crianças, ou a divisão com os homens no cuidado das crianças não eliminará a tensão entre os princípios do controle individual e a responsabilidade coletiva sobre a reprodução nem a necessidade de fazer escolhas reprodutivas que são difíceis. Por outro lado, esta própria tensão pode ser para as Mulheres, e através das Mulheres o socialismo, uma fonte de vitalidade política...

A análise de gênero revela a necessidade de tornar visíveis as relações existentes entre as tarefas de produção e de reprodução. Partindo-se do ponto de vista da vida das mulheres e da sobrevivência familiar, as atividades de reprodução da espécie humana não estão limitadas apenas à geração, mas incluem criar os filhos, cuidar e alimentar a família, educar, cuidar dos doentes, carregar água, cultivar alimentos, oferecer abrigo, segurança e outras responsabilidades afins.

De acordo com a Divisão das Nações Unidas para o Desenvolvimento das Mulheres, pesquisadores do WID-Women in Development, consideram que o *“não reconhecimento das atividades de reprodução humana”* e, mais especificamente, a falta de *“uma articulação racional, organizada e legítima”* entre a produção e a reprodução, *“é o fundamento da maioria das manifestações de desigualdades de gênero”*.

A visão abrangente das atividades de reprodução humana é um excelente ponto de partida para a elaboração de estratégias de desenvolvimento, sensíveis à questão e gênero. A partir do entendimento de que produção e reprodução estão interligadas na vida das mulheres, será possível ajudar reverter a situação atual

removendo-se muitos dos obstáculos que bloqueiam os caminhos para uma eqüitativa distribuição dos benefícios gerados pelo desenvolvimento.

❖ **Poder, Política e Mulher**

O acesso das mulheres ao poder político e econômico está longe de corresponder às suas necessidades, contribuições e sua proporção no contingente populacional. A participação das mulheres no processo de tomada de decisões é muito inferior à dos homens, em qualquer nível: do coletivo (nos parlamentos, conselhos, associações e sindicatos) ao individual (nos locais de trabalho ou entre casais); dos lugares onde as mulheres são sub-representadas, àqueles onde as mulheres são maioria (associações comunitárias ou profissionais), mas onde, no entanto, suas opiniões têm menor peso.

O exercício da autoridade masculina é tão universal que chega a ser aceito por muitas mulheres e homens como “natural”. Mas, embora freqüentemente reforçada pela força física, a autoridade não é um atributo biológico. É um comportamento aprendido, um privilégio, uma recompensa, uma conquista legítima ou arbitrária, dada ou tomada. Os homens são socializados para se submeter a ela.

As manifestações das relações assimétricas de poder entre mulheres e homens são visíveis em todos os lugares.

Existem poderes “*de fato*”, tais como o privilégio masculino na sociedade e na tradição. Existe o viés masculino inerente em algumas instituições, como nas forças policiais, nos tribunais e nas casas legislativas; existe a legitimação ideológica da subordinação feminina na educação e na cultura: existem desequilíbrios “*de*

direito”, institucionalizados nas leis discriminatórias sobre propriedade e direitos de herança. Isso decorre do fato dessas leis e estruturas legais terem sido criadas por homens, a partir de suas próprias iniciativas e para proteger seus próprios interesses.

3.1.7.2 Perspectivas importantes do Universo Feminino

Já observamos que trabalhar com mulheres não é necessariamente equivalente a trabalhar com gênero. Mas, ao promover a discussão de determinadas “questões das mulheres”, muito evidentes, o movimento internacional de mulheres tem conseguido, cada vez mais, maior aceitação, ao colocar a perspectiva de gênero em vários temas particularmente associados às mulheres. Alguns desses temas serão descritos resumidamente a seguir.

❖ **A violência contra as mulheres**

Pesquisas recentes e atividades desenvolvidas nesta área têm tornado claro que, apesar de todas as pessoas enfrentarem ameaças relativas à sua segurança pessoal, a violência tem um gênero. Independentemente do fato de a vítima ser do sexo feminino ou masculino, em geral, aqueles que praticam atos de violência são do sexo masculino.

Homens e mulheres experimentam a violência de formas distintas, com um tipo de consequência freqüentemente determinado pelo sexo da vítima. Os

agentes da violência são freqüentemente motivados por questões de gênero, tal como a necessidade de reforçar o poder masculino. Por essas razões, muitos especialistas das Nações Unidas adotaram o termo “violência contra as mulheres, baseada no gênero”.

A violência contra as mulheres baseada no gênero ocorre em todos os níveis da sociedade: nos lares, nos locais de trabalho (freqüentemente sob a forma de assédio sexual), nas ruas, nos conflitos internacionais (estupro como arma de guerra). O planejamento do desenvolvimento e a formulação de políticas devem começar a levar em consideração o fenômeno amplamente generalizado da violência contra as mulheres. Essa postura é válida para projetos e programas tanto nas esferas mais óbvias (bem estar da família, prevenção de crimes) como em outras áreas onde esta relação pode não ser imediatamente tão evidente, como na geração e localização de novos empregos; no transporte e planejamento urbano; no planejamento familiar; nas políticas de ajuste estrutural que têm rebaixado os níveis de sobrevivência familiar e acentuado as tensões familiares; nas atividades internacionais para a manutenção da paz e nos serviços de atendimento a refugiados.

Medidas de Proteção e Prevenção devem ser implementadas em vários níveis: na proposta dos serviços comunitários que atendam às vítimas e identifiquem os agressores, em vez de dar, apenas, uma assistência silenciosa; na implementação de *Políticas Educacionais* que não legitimem o comportamento violento; no monitoramento da mídia, de modo a combater o sensacionalismo e a pornografia; e no exame de questões internacionais, como a migração, a exploração econômica e o tráfico de mulheres.

❖ **Direitos Humanos das Mulheres**

Enfatizar os direitos humanos das mulheres tem tornado possível que a garantia dos direitos humanos penetre na esfera privada e doméstica, de onde os mesmos têm sido, tradicionalmente, banidos.

Não obstante os direitos humanos serem considerados universais há várias décadas, só agora a sua dimensão “de gênero” tem sido reconhecida, o que vem exigindo a criação de mecanismos específicos para que essa proteção possa ser estendida às mulheres. Um melhor entendimento dessa necessidade foi a principal conquista da Conferência Mundial dos Direitos Humanos, realizada em Viena, em 1993.

❖ **Saúde das Mulheres**

Até mesmo os cuidados com a Saúde da Mulher podem apresentar um viés de gênero. Os Serviços de Saúde podem enfatizar demasiadamente o planejamento familiar e os cuidados de saúde materna e, ao mesmo tempo, negligenciar outras questões relativas à saúde das mulheres, tais como os espancamentos domésticos, o envelhecimento, a saúde mental e as pesquisas sobre diferentes maneiras pelas quais mulheres e homens são afetados pelas doenças.

❖ **Eqüidade e Igualdade**

No Brasil, segundo Aurélio B. Holanda, “eqüidade” é a *“disposição de reconhecer igualmente o direito de cada um; igualdade”*. “Igualdade” é *“qualidade ou estado de igual; paridade; eqüidade”*. No dicionário analógico da língua portuguesa Eqüidade tem analogia com justiça; o que deve ser; (que está) em conformidade com o direito, lógica, razão, bom senso, Igualdade tem analogia com equivalência, similaridade, eqüipolência, refere-se ao que é natural, idêntico (AZEVEDO, 1983).

Porém, estas duas palavras são freqüentemente usadas como se tivessem o mesmo significado, apesar da importante diferença de sentido que elas contêm.

O termo “eqüidade” refere-se a uma situação de equilíbrio na qual as diferenças são compensadas. Diferentes trajetórias, tais como ter nascido mulher, ou pobre, ou membro de um grupo racial oprimido – podem tornar necessárias legislações de proteção ou de compensação. Para propiciar oportunidades iguais, pode ser necessário que as leis, os costumes e os hábitos sejam reformulados.

A igualdade quanto ao gênero requer mudanças que afetam não apenas o modo como as mulheres trabalham, vivem e cuidam de suas famílias, mas também como os homens se envolvem nesses processos.

Outras distinções são também úteis na avaliação do impacto de iniciativas de desenvolvimento, direcionadas às mulheres. Uma delas é a diferença entre a condição feminina e posição das mulheres.

A condição feminina refere-se ao contexto material que define a situação feminina: pobreza falta de acesso à educação, falta de treinamento, excessiva carga de trabalho, etc.

A posição das mulheres refere-se ao status social e econômico das mulheres em relação aos homens.

A maior parte dos trabalhos de desenvolvimento, que trata das mulheres, aborda as condições femininas, enfatizando o atendimento às necessidades mais imediatas tais como o acesso ao crédito, aos serviços básicos, à habitação e atenção às suas responsabilidades enquanto mães.

Ainda que a satisfação dessas necessidades seja de fundamental importância do ponto de vista de gênero, elas estão longe de serem suficientes. A atenção restrita à melhoria de condições de vida das mulheres pode reforçar os padrões que perpetuam as desigualdades. De fato, conforme observado pela Comissão Econômica e Social das Nações Unidas para a Ásia e o Pacífico (1991), as políticas e os programas implementados com o objetivo de melhorar apenas as condições materiais podem não apenas deixar de atingir aqueles objetivos, mas podem, perversamente, agravar a situação das mulheres.

3.2 Necessidades Práticas e Interesses Estratégicos/Igualdade Política entre Mulheres e Homens

Uma explicação para este resultado contraditório pode ser encontrada na diferenciação entre as necessidades práticas das mulheres e os seus interesses estratégicos.

As necessidades práticas das mulheres geralmente têm origem nos papéis de gênero existentes, que lhes são impostos pelos modelos tradicionais de divisão do trabalho. Muitas destas necessidades são voltadas para a sobrevivência da

família: o acesso à água, saneamento básico, empregos, etc. A maioria das iniciativas de desenvolvimento direcionadas ao público feminino tem o objetivo básico de satisfazer necessidades práticas.

Ao contrário, os interesses estratégicos contestam os papéis de gênero e os estereótipos existentes, baseados na premissa de que as mulheres estão numa posição de subordinação em relação aos homens, como consequência da discriminação social e institucional das mulheres.

O atendimento às necessidades práticas também pode suscitar a consideração sobre os interesses estratégicos. No entanto, satisfazer apenas as necessidades práticas reproduz a divisão do trabalho e do poder, responsável pela manutenção do status quo: fornecer sementes para que as mulheres cultivem hortas orgânicas pode ajudar a preservar o meio ambiente e melhorar a dieta familiar, mas não modifica a situação relativa das mulheres responsáveis pelo cultivo dos alimentos.

Os interesses estratégicos de gênero buscam atingir outros objetivos, como a igualdade política entre mulheres e homens, a eliminação das formas institucionalizadas de discriminação das mulheres, e extinção da divisão sexual do trabalho, a liberdade quanto à opção reprodutiva e a prevenção da violência contra a mulher.

A questão da igualdade de gênero tem de ser colocada logo de início, juntamente com a questão do desenvolvimento. Se quisermos que as iniciativas para atingir a igualdade de *gênero* tenham a prioridade e os recursos necessários, não podemos deixar que sejam trocadas como uma idéia de última hora.

A perspectiva de gênero já teve um impacto na reestruturação das Nações Unidas. O novo Departamento de Coordenação das Políticas e do Desenvolvimento

Sustentável, criado em 1993, tem como uma de suas principais tarefas garantir uma política integrada de desenvolvimento, parte da qual enfoca as questões econômicas, sociais e ambientais através da ótica de gênero.

3.2.1 O Crescimento Econômico e sua relação com Mulheres e Homens

Uma explicação para este novo enfoque sobre gênero está nas lições aprendidas através dos anos. Dentre estas lições, a mais importante foi a de que, *a não ser que as relações de gênero em qualquer área sejam consideradas, o planejamento tenderá a se basear em concepções imperfeitas*. Duas premissas, implícitas na prática tradicional de desenvolvimento, se mostraram falsas. Uma, que dentro da sociedade, o crescimento econômico é neutro em relação ao gênero, com mulheres e homens dele se beneficiando com igualdade. Outra, que dentro dos locais de moradia, os impactos do desenvolvimento são distribuídos igualmente independentemente do gênero. Os benefícios do desenvolvimento não necessariamente satisfazem mulheres e homens, tal como a teoria de “trickle down” (uma teoria econômica que diz que os benefícios concedidos às grandes empresas serão, por sua vez, repassados às pequenas empresas e aos consumidores) ou de “trickle across”.

Aqui estão algumas dessas novas concepções:

- As estratégias de desenvolvimento não são neutras quanto ao gênero, mesmo quando são planejadas como assim o fossem. Não reconhecer o viés de gênero só o reforça.

- As Políticas Públicas não afetam de maneira igual, mulheres e homens. Pensar de outro modo reduz a eficácia das Reflexões e Propostas “Mudança”, fortalecendo a *Violência Simbólica* que ocorre no *Universo Feminino*.
- As ações para o avanço da condição feminina e da situação das mulheres devem ir além do atendimento às necessidades práticas.
- O “empowerment” da mulher é um complemento necessário para as estratégias de desenvolvimento, sensíveis a gênero.
- O desenvolvimento sustentável depende de estratégias de desenvolvimento que considerem as mulheres como agentes sociais ativas e não enquanto grupo incapaz.
- A legislação sobre a igualdade dos direitos e os mecanismos para implementá-la não erradicarão as desigualdades e nem garantirão distribuição igualitária dos benefícios do desenvolvimento, se não vierem acompanhados de *transformações nas atitudes e comportamentos*.

3.2.2 O Processo contínuo das Mudanças / Violência Simbólica

A análise de gênero deve ser uma característica permanente do processo de desenvolvimento. Devem ser feitas, em todas as etapas, avaliações sobre como uma determinada atividade, decisão ou plano irá afetar homens e mulheres.

Listamos a seguir algumas das muitas maneiras de realizar isto:

- Ouvir as mulheres. Não ignorar, desconsiderar ou minimizar suas informações e observação como se fossem “lamentações de mulheres”.
- Criar condições para que as mulheres sejam estimuladas a identificar suas próprias necessidades, estratégias e soluções. A abordagem do “empowerment” pode ser uma ferramenta valiosa nesse sentido.
- Considerar o contexto da vida das mulheres, que encerra uma variedade de atividades de produção e reprodução, constantemente ignoradas pelo planejamento setorializado.
- Levar em consideração a *Violência Simbólica* de gênero contra a mulher no desenho de Políticas e Programas. Incorporar mecanismos de prevenção contra a opressão e o abuso de poder nas iniciativas de desenvolvimento.
- Estender as análises das relações de gênero além do círculo familiar e comunitário, para fazê-las chegar a outras esferas, tais como Órgãos Legislativos, Instituições Internacionais e o mercado global. Tratar o processo de transformação das relações de gênero em todos os níveis: doméstico, comunitário, nacional e internacional.
- Tornar visível o trabalho produtivo das mulheres, pela utilização de novas maneiras de identificar e de mensurar sua contribuição, tais como a produção de dados diferenciados por sexo, defendida pelo INSTRAW e outras agências das Nações Unidas. Usar a análise comparativa para expor as desigualdades econômicas e sociais no gênero.

- Examinar o viés de gênero no comportamento pessoal e questionar as concepções internalizadas sobre os papéis sociais dos homens e das mulheres.

3.3 Comentários Finais/Análise da Autora

Os *Indicadores Sociais de Estimulação do Estresse* e sua interação com o *Sistema de Papéis e Relações entre Mulheres e Homens* (Figura 12) enfocadas neste capítulo evidenciam a necessidade de uma abordagem contínua onde as relações de *gênero* são dinâmicas e não evoluem com uma velocidade determinada ou em uma única direção conforme o *DIAGRAMA* (Figura 12) apresentado no início deste capítulo, elaborado pela Autora em 1999 e Readaptado em 2003 para fundamentar esta tese com a titulação de *Indicadores Sociais de Estimulação do Estresse* (Figura 12), onde suas manifestações atuais relacionadas ao *Processo Laboral de Saúde Pública/Carga Mental- Cognitiva, Psíquica e Emocional* podem ser exacerbadas, enfraquecidas ou reformuladas e estas tendências não são mutuamente exclusivas.

Tem sido constante através dos tempos a influência permanente desses processos sobre a formação dos Homens e Mulheres.

A análise dos diferentes impactos do desenvolvimento sobre Mulheres e Homens sob a ótica de gênero não gera conflitos, mas, sim, pode ajudar a identificá-los e solucioná-los. O objetivo é dar origem a uma transformação positiva, dar um passo à frente em direção à caminhada para um novo tempo, em que publicações como esta sejam vistas como um anacronismo, porque todas as pessoas estarão

tendo oportunidade de se tornarem não o que a sociedade ou parte dela determina, mas o que elas próprias, *mulheres e homens*, escolherem para si mesmas.

3.4 Referencial Histórico da Relação Entre Educação e Políticas Econômicas de Saúde/Trabalho

O entendimento maior sobre os eixos: Educação/Política/Saúde/Trabalho permite uma maior visualização do processo laboral existente no Programa de Saúde da Mulher.

O processo histórico da educação apresentou várias caracterizações ao longo dos anos e obteve “novações”, “diferenças” e “semelhanças” em várias partes do mundo.

Várias correntes educativas, nos mais variados momentos “desenham” a trajetória da Educação.

O Humanismo aflora a sensibilidade e provoca a reforma na Educação.

O Renascimento/Humanismo concretizam a Reforma Religiosa e a Pedagogia dos jesuítas que fundamenta a Educação Brasileira.

No Brasil só em 1772 – Treze anos após a edição do Alvará – determina o estabelecimento de aulas de “primeiras letras, gramática, latim e grego”...

A instalação da Corte Portuguesa no Brasil reestrutura a Educação.

No Brasil Imperial o marco histórico inicia e termina sem a constituição e consolidação de um Sistema Educacional, no entanto em 1832 ainda registram-se escolas sem a presença de professores.

A educação no período **Imperial** afirma o descaso com a política de “Educação para todos”.

A implantação das escolas normais para a formação de professores surgiu em 1831.

No **período Republicano** constatamos a primeira Reforma Educacional com Benjamim Constant, e a história prossegue e, sinaliza um marco importante, em 1898, com Amaro Cavalcanti para “harmonizar o embate do humanismo e os estudos modernos” cria o “Curso Clássico” e o “Curso Realista”.

Neste período desencadeiam-se “forças e movimentos sociais” e crescem as aspirações que buscam novos ramos para a educação.

3.4.1 Considerações sobre as Tendências do Ensino e da Economia

O Ensino no mundo todo passa hoje por um acelerado processo de transformação que está, direta ou indiretamente, associado a **mudanças profundas** que ocorrem na **sociedade moderna**. É, certamente indicativo, da natureza global dessas forças sociais o fato de que, apesar da diversidade do **Contexto Cultural, Político e Econômico** dos diferentes países, o ensino superior enfrente, em todos eles, problemas semelhantes que se manifestam com a generalização de certos temas e tendências.

Enquanto organizações que se caracterizam fortemente como prestadoras de serviços para a sociedade, surge uma tendência crescente de aumento no seu processo de avaliação (interna e externa), bem como nas relações com o setor

produtivo. Nesse aspecto, o ponto comum de preocupação está no aumento de sua capacidade de atender às demandas profissionais e de transferências de tecnologia, participando, assim, do seu papel social de agente do Desenvolvimento Econômico.

Desta forma, o ensino para se constituir verdadeiramente como vanguarda e parceiro nesse processo de desenvolvimento, deve propiciar Programas de Estudos que permita lograr uma melhor adaptação da **educação** às **necessidades locais**, sem perder de vista a universidade do conhecimento nem o critério primordial de compromisso com a qualidade de vida.

A nova visão da Educação se baseia no conceito de uma organização de Ensino Pró-Ativa, firmemente ancorada nas circunstâncias locais, mas plenamente comprometida com a procura universal da verdade maior e progresso do conhecimento. Isto tudo permitirá que o ensino possa responder melhor às necessidades presentes e futuras do **desenvolvimento humano sustentável**.

Por outro lado, a realidade brasileira, tem demonstrado que a expansão da matrícula tem se concentrado em programas de estudos que, via de regra, requerem um baixo nível de despesas de pessoal, de equipamento e funcionamento geral, em lugar de programas que exigem mais recursos como ciências naturais e tecnologia.

Embora as Instituições de Ensino sejam muito apegadas às suas tradições e resistentes a mudanças, a sociedade tem passado a exigir delas respostas adequadas para enfrentar os desafios apresentados pela conjuntura atual, pelas políticas de desenvolvimento regional do país e pelas tendências globalizantes na economia que torna o mercado cada dia mais competitivo. Nesse seu ajuste à nova realidade, as instituições devem considerar os seguintes aspectos:

- acentuado corte dos Gastos Públicos em Educação;

- necessidade de busca de fontes de recursos próprios para auto-sustentação;
- necessidade de currículos dinâmicos e flexíveis para a incorporação de novos conhecimentos;
- visão Global e atuação Regional e Local.

O Ensino, enquanto serviço, é caracterizado através dos seguintes aspectos:

- como um ***bem de alta intangibilidade***, diferente de oferecer um produto estará oferecendo serviços à sociedade, que propicia a formação de recursos humanos cujo perfil deverá estar sintonizado com as exigências e necessidades do momento histórico. A formação profissional buscará, aliar a competência técnica com os atributos de valores éticos e morais para o melhor desempenho da liderança e exercício da cidadania. Além do ensino formal nos ambientes de educações tradicionais, a prestação de serviços poderá ser realizada através da educação continuada e do ensino a distância, entre outras formas;
- ***A participação do cliente*** está presente no processo ensino-aprendizagem através do aluno, caracterizado como cliente que participa e vive o processo, e, da sociedade (mercado de trabalho, governo, família, sindicato, etc.) como clientes que norteiam o processo através de informações, normatizações ou decisões nos colegiados consultivos e deliberativos da organização.

- ***A produção e consumo do serviço prestado são simultâneos***, não existe etapa intermediária ou estoque de mercadorias; desta forma, a qualidade deve ser garantida ao longo do processo, tendo em vista a alta interação que existe no processo e ensino-aprendizagem, ou seja no mesmo instante que os serviços são prestados pela instituição e consumidos pelo cliente. A inspeção final na forma de egresso é caracterizada somente como um feed back e não como controle de qualidade ao longo do processo.

A interface do serviço com a função de marketing, por sua vez, está diretamente relacionada, destacando-se:

- A comunicação intensa entre a instituição e o cliente pela relação professor- aluno no ambiente de ensino;
- A interação entre aluno e sociedade pelas relações na família e no ambiente social;
- A interação entre professor e sociedade pelas relações sociais;
- A focalização no cliente, enquanto preocupação com a interação com os consumidores, identificando suas necessidades; e
- A fixação de uma “cultura” de ensino enquanto serviço.

O processo de “educar” que consiste o eixo central da implantação da requer uma reflexão que ultrapassa a economia e análise da sociedade e visualiza o ser humano e sua relação com o mundo:

Antes de tudo, o trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla

seu metabolismo com a natureza. Ele mesmo se defronta com a matéria natural como uma força natural. Ele põe em movimento as forças naturais pertencentes à sua corporalidade, braços e pernas, mãos e cabeça, a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil para a própria vida. Ao atuar por meio deste movimento, sobre a natureza externa a ele e ao modificá-la, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências dela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu domínio [...]. Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colméias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça, antes de construí-la em cera. No fim do processo de trabalho, obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador. [...] Ele não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural, seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, a espécie e o modo de sua atividade e ao qual tem de subordinar sua vontade. e essa subordinação não é um ato isolado. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é exigida a vontade orientada a um fim, que se manifesta como atenção durante todo o tempo de trabalho [...]. Os elementos simples do processo de trabalho são atividades orientadas a um fim ou o trabalho mesmo, seu objeto e seus meios (MARX, 1983 p.149).

Na expressão de Konder (apud FRIGOTTO, 1995, p.113).é pelo trabalho que:

O sujeito humano se contrapõe e se afirma como sujeito, num movimento realizado para dominar a realidade objetiva: modifica o mundo e se modifica a si mesmo. Produz objetos e, paralelamente, altera sua própria maneira de estar na realidade objetiva e de percebê-la. E - o que é fundamental - faz a sua própria história. Toda a chamada história mundial assegura Marx – não e senão a produção do homem pelo trabalho humano.

O trabalho ao longo da história apresentou vários regimentos e desde os primeiros escritos Marx indica a condição da atividade humana que ele, denomina “economia política”, ou seja, a sociedade fundada sobre a propriedade privada dos meios de produção e a teoria ou ideologia que a expressa, e Marx no século XIX, propõe uma reflexão sobre o trabalho com abordagem mais evidente para os problemas essenciais.

Considerações sobre o trabalho também são significativas e são datadas noventa anos de Marx e apresentadas por Jean Jacques Rousseau (1712-1778):

O homem que primeiro cercou um terreno e atreveu-se a dizer 'isto me pertence', encontrou ingênuos que o acreditaram. Foi este homem o

verdadeiro fundador da sociedade civil. Quantos crimes, guerras e assassinios; quantas misérias e horrores não teria poupado ao gênero humano aquele que, arrancando as estacas e entulhando os fossos, tivesse gritado dos seus semelhantes: 'Não atendas a esse impostor. Estarás perdido se esqueceres que os frutos pertencem a todos e que a terra é de ninguém!' Mas é muito provável que as coisas já tivessem chegado ao ponto de não mais se conservar como estavam. Porque idéia de propriedade [...] não se formou de repente no espírito humano. [...] Desde o instante em que o homem teve necessidade do auxílio de outro, desde que se apercebeu que seria útil a um só possuir provisões para dois, a igualdade desapareceu e a propriedade se introduziu. O trabalho tornou-se necessário e as enormes florestas transformaram-se em campos aprazíveis, que foi mister irrigar com o suor dos homens e nos quais, bem depressa, a escravidão e a miséria germinaram e cresceram com a seara [...]. Concorrência e rivalidade, de um lado; de outro oposição de interesses e sempre o desejo oculto de alcançar e proveito à custa de outrem. Todos estes males são o primeiro efeito da propriedade e o cortejo inseparável da desigualdade nascente [...] (ROUSSEAU apud ROSTAND, 1943, p. 42-54).

3.4.2 A Organização do Trabalho e das Profissões

Há várias maneiras de conceituar trabalho; aqui adotamos uma concepção de trabalho como uma arte da ação produtiva, cuja finalidade não se estabelece a partir da atividade do trabalhador, mas da obra produzida. Por isto ela se diferencia da ação em sentido estrito que é uma “atividade dotada de finalidade”, em cuja execução se manifesta a perfeição do agente.

O que caracteriza estas concepções é a suposição de que as possibilidades de ação do ser humano já estão mais ou menos pré-determinadas e, por isso, a suposição de que o confronto homem-natureza já é um processo estabelecido e concluído. Mesmo no caso de uma conclusão futura, esta ocorrerá nas bases da cultura agrária ou urbana já estabelecida.

Na sociedade pós-feudal, entretanto, com o surgimento e ascensão da burguesia, em um tempo de descoberta das ações naturais, das invenções técnicas e de seu uso comercial, inicia-se um processo de modificação desta idéia de trabalho.

Em primeiro lugar, porque começa a ser afastada a idéia de estabilidade entre o presente e o futuro, impondo-se a visão de que a relação do homem com a natureza não está pronta, não está concluída de uma vez por todas, mas está aberta para o futuro.

Em segundo lugar, o trabalho - antes uma atividade de escravos e de servos - passa a ser gradativamente valorizado como uma atividade geral: trabalhos das mãos e da mente honrados em igual medida.

A Idade Moderna (século XVI- XVIII) caracteriza-se:

- pela valorização da técnica, do comércio, das artes mecânicas, dos empreendimentos marítimos (colonialismo);
- pela preocupação em dominar o tempo (aperfeiçoamento do relógio), e o espaço (aperfeiçoamento da bússola);
- pela ampliação da capacidade de comunicar informações, no desenvolvimento da imprensa (Gutenberg), graças ao aperfeiçoamento da tinta, do papel e dos móveis;
- pelo desenvolvimento das ciências da natureza, especialmente da física e da astronomia (Galileu);
- pela montagem das máquinas de cálculo (Pascal).

Ao mesmo tempo, observa-se, então, o enfraquecimento do modo familiar e artesanal de produção. Com o surgimento das fábricas de tecido, impulsionadas pela máquinas de tear - onde a força física não precisa ser tão intensa, - empregam-se cada vez mais mulheres e crianças, principalmente na produção têxtil.

Como afirmou Marx (1984, p.7):

Aliviar a labuta diária de algum ser humano não é também de modo algum a finalidade da maquinaria utilizada como capital. Igual a qualquer outro desenvolvimento da força produtiva do trabalho, ela se destina a baratear

mercadorias e a encurtar a parte da jornada de trabalho que o trabalhador precisa para si mesmo, a fim de encurtar a outra parte da jornada de trabalho que ele dá de graça para o capitalista. Ela é meio de produção mais –valia.

É neste quadro que John Lock (1632- 1704) concebe o trabalho, como intervenção do homem sobre a natureza, cria Direitos, lançando as bases do liberalismo burguês dos séculos XVIII e XIX, ao estabelecer as seguintes teses:

- o trabalho dá ao homem uma propriedade “natural” sobre as coisas, sobre a terra e sobre o solo;
- o trabalho confere às coisas.

Prosseguindo a reflexão de Locke, Adam Smith (1723-1790), fundador da economia política, generalizou e estendeu a cultura e concepção *trabalho como gerador de direitos*, evidenciando que *o trabalho é criador de valor* como riqueza objetiva de uma nação.

Ele introduz a distinção entre “*ação produtiva = trabalho*” e “*ação improdutiva = ação em sentido estrito*”. Esclarece que a ação carente de valor = improdutividade é que não se realiza em um objeto duradouro, em uma obra. Identifica a ação improdutiva dos grupos sociais dominantes da cultura pré-industrial e exemplifica com os guerreiros, políticos e juristas aos quais acrescenta os filósofos. Dessa maneira, para Smith, esta *práxis* - interpretada como improdutiva – perde o lugar principal que ocupava na hierarquia das atividades humanas, antiguidade.

O filósofo alemão Georg Wilhelm Friedrich Hegel (1770 – 1831) apóia-se no conceito de trabalho da economia política, mas isto significa que ele aceite plenamente as concepções de Smith. Mantendo a distinção entre trabalho e ação, elabora uma “*teoria do trabalho*”, estabelecendo sua união com uma “*teoria da*

ação”. Seu objetivo é “interpretar a origem, o sentido e a função do *trabalho* no todo da vida e atividade humanas” (RIEDEL, 1979, p.545) e, no contexto conjunto daquele espírito, entendido como totalidade histórica, que possibilita e justifica, pela primeira vez, semelhante atribuição de sentido.

Hegel não foge do quadro de seu sistema de pensamento. Por isso, entende a ação prática de maneira dialógica (isto é, ação de sujeitos opostos que se identificam como o “*eu*, que é o *nós*, e como o *nós*, que é o *eu*”, por meio de linguagem, do instrumento e da instituição social). Assim, as ações relacionadas à linguagem, ao instrumento e à instituição social estão unidas na constituição do “*eu*”. O *trabalho* - processo de apropriar-se da natureza e submetê-la - representa um estágio da constituição do “*eu*” e da obra. O *trabalho*, é, ainda um dos “meios” em que permite ao “espírito” objetivar-se e formar-se.

Assim, trabalho e formação (esta última entendida como autoformação de indivíduos, grupos, e instituições humanas) passam a ser momentos que podem movimentar e mudar a trama histórica do *espírito* (isto é, as estruturas de domínio e liberdade, o marco institucional de uma determinada totalidade cultural).

Com a teoria de uma mediação crítica entre trabalho e ação, Hegel corrobora as suposições de Locke e Smith, para quem o trabalho é fundamento da cultura da humanidade, ao mesmo tempo em que torna mais fácil interpretar o sentimento da atividade humana no quadro da filosofia prática tradicional. O pensamento antigo, como vimos, não conhecia aquele movimento mediador entre trabalhador e objeto, que passa a se tornar mais claro se explícita por *trabalho como formação*.

O modelo aristotélico da filosofia prática tradicional é um esquema de um período cultural pré-industrial (agrário- urbano) da sociedade européia. O “conceito

de trabalho”, em Hegel, recebe finalmente justificação filosófica no chamado “*trabalho do conceito*” ou “*trabalho do espírito*”.

Daí a importância que a educação moderna assumiu na transmissão da ciência e das técnicas de produção, mediante as quais a sociedade é capaz de satisfazer suas necessidades, proteger-se contra a hostilidade do ambiente físico e biológico e trabalhar de forma ordenada e pacífica.

Por estar sempre aberta à finalidade de melhorar as condições de vida, a educação técnica- científica se preocupa em desenvolver nos indivíduos a iniciativa e a capacidade de corrigir e aperfeiçoar a própria técnica e científica que ela transmite. A formação do ser humano em sua totalidade (Marx e os marxistas diriam “onilateralidade”) como, indivíduo e ser social, apesar de ênfase técnico-científica, torna-se, assim, o fim primeiro da educação.

Do trabalho em comum surge o novo mundo, diferente da natureza, mais solidário, pois o produto do trabalho é sempre social. O resultado, produto, em sua apresentação objetiva, pede que sejamos participantes não só da sua produção, mas também no seu uso e fruição.

A relação entre *trabalho e educação* é uma preocupação crescente. Entretanto, como, não há consenso sobre a concepção de trabalho, nem sobre conceito da finalidade da educação, seria ingênuo esperar convergência sobre a relação entre estas práticas, ambas definidoras do que é próprio dos seres humanos. Com tudo, apesar das divergências e discordâncias, até aqui ainda não se contestou a importância de levar em conta a relação entre ambos.

Já em 1986, na IV Conferência Brasileira de Educação, Gaudêncio Frigotto, coordenador do Simpósio sobre Trabalho e Educação, falava sobre uma “crise de aprofundamento teórico na discussão da relação trabalho-educação”

(FRIGOTTO, 1989, p. 13). Esta crise se manifestava por um discurso crítico que incorporava as perspectivas, valores e concepções da “sociedade das mercadorias” como limite da análise e da ação. Basicamente, deixa-se de lado:

- o fato de que o trabalho é uma relação social e que esta relação, no concreto da história e na realidade da sociedade capitalista é uma relação de força, de poder e de violência;
- O fato de que o trabalho é a relação social que define o modo humano de existência, e que, enquanto tal, não se reduz ao mundo da necessidade (atividade de produção material), mas envolve também o mundo da liberdade (dimensões sociais, estéticas, culturais, artísticas, de lazer...).

Ora, esta dupla omissão vicia o discurso e a prática da relação trabalho e educação, na medida em que, “mesmo em quadros progressistas”, reduz-se esta relação às seguintes dimensões:

- moralizante, valorizando igualmente o trabalho manual como o intelectual, considerados ambos como formadores do caráter e da cidadania;
- dimensão pedagógica, considerando o trabalho como espaço de experimentação, laboratório do aprender fazendo;
- dimensão social e econômica, onde o trabalho dos filhos de trabalhadores, em escolas de produção, pode auto-financiar sua educação.

A velocidade da geração e da ampliação de conhecimento, reconfigurando perfis profissionais e reorganizando o trabalho, são certamente importantes elementos críticos a serem considerados.

Para além de um instrumento de formação de mão-de-obra, ou de um instrumento metodológico/didático, o trabalho, como conceito e fato, se apresente como princípio educativo. A verdade é que a educação, fundamentada no trabalho, expressa a ênfase, ao mesmo tempo, do momento factual e conceitual, do momento teórico e prático.

A relação entre trabalho e educação, em que o primeiro é assumido como princípio, e não como ornamento e instrumento, reúne as possibilidades formativas do trabalho e da educação em relação ao *homem onilateral* (outros, talvez, preferissem a expressão *homem integral*) que se possa inserir na sociedade após adquirir um certo grau de maturidade e capacidade de criação intelectual e prática.

3.5 O Olhar Reflexivo Sobre a Implantação dos Programas de Saúde

Com certa frequência e já há alguns anos, se vem falando e fazendo referências a “*Programas de Saúde*”, “*Programas Sociais*”, “*Programas Econômicos*”, “*Programas Políticos*” entre outros, sem que muitos casos se definam com exatidão quais os alcances e dimensões de tais expressões.

A idéia de um programa não se refere a um fenômeno isolado, mas ao conjunto total de fenômeno que cria um ambiente e um estado de ser para um determinado processo. Por outro lado, os Programas, seu enfoque e conceitos, progressivamente estão sendo utilizados sempre mais em administração,

engenharia, saúde e muitas outras disciplinas. O enfoque por programas constitui-se em uma metodologia para resolver problemas. A crescente complexidade das estruturas organizacionais que controlam as diferentes atividades do ser humano, obrigam a buscar métodos que possibilitam especificar de forma clara e precisa as inter-relações existentes entre os diferentes elementos do sistema social do qual fazem parte.

É necessário estudar não somente partes e processos isolados, mas também resolver os decisivos problemas encontrados na organização e na ordem que os unifica, resultante da interação dinâmica das partes, tornando o comportamento das partes diferente quando estudado isoladamente e quando tratado no todo. Com esta concepção tem ocorrido empenho de agregar conhecimento interdisciplinar para o estabelecimento e consolidação da chamada Teoria Geral de Sistemas, cujo conteúdo é a formulação e derivação de princípios para os sistemas em geral, quer sejam de natureza física, biológica ou sociológica. É por demais interessante contar, portanto com uma Teoria geral de Sistemas, que compatibilize os diferentes usos que se fazem do conceito de sistemas, em todas as ciências, e que permita dispor de um marco teórico geral de uso comum, com uma linguagem única para favorecer o intercâmbio interdisciplinador de conhecimento. Estamos, entretanto de acordo com os estudos da Teoria Geral de Sistemas terá de percorrer um longo caminho a fim de evitar a desnecessária duplicação de trabalho em áreas diferentes da ciência.

3.5.1 Enfoque Sistêmico

Creemos que uma Teoria Geral de Sistemas pode ser um instrumento útil capaz de possibilitar a construção de modelos os quais poderiam com facilidade ser aplicados nos programas dos mais diferentes áreas do conhecimento, com a vantagem de impedir a ocorrência de analogias vagas, muitas vezes prejudiciais ao progresso da própria ciência. Estas considerações conduzem ao postulado da Teoria Geral de Sistemas, cujo objetivo é a formulação de princípios válidos para os sistemas em geral, qualquer que seja a natureza dos elementos que os compõem as relações ou forças existentes entre eles.

Entendemos que não somente os pontos de vista e os aspectos gerais são iguais em diferentes ciências, mas freqüentemente encontramos leis formalmente idênticas ou isomórficas. Parece, pois, existir leis gerais dos sistemas que se aplicam a qualquer sistema de certo tipo, independentemente das propriedades particulares do sistema e dos elementos em questão.

Estas considerações conduzem a identificação dos principais propósitos da Teoria Geral dos Sistemas:

- a) Há uma tendência geral no sentido da integração nas várias ciências, naturais e sociais;
- b) Esta integração parece centralizar-se em uma teoria geral dos sistemas;
- c) Esta teoria pode ser importante meio para alcançar uma teoria exata nos campos não físicos da ciência;
- d) Desenvolvendo princípios unificadores que atravessam “verticalmente” o universo das ciências individuais, esta teoria aproxima-nos da meta da unidade da ciência;

e) Isto pode conduzir a integração muito necessária na educação científica.

Considerando, por outro lado, o sempre crescente ritmo de mudança em nossa sociedade sumamente complexa e orientada para a tecnologia, a única forma de fazer frente a estas alterações tão rápidas é através de uma visão geral que examine os problemas em seu conjunto e procure distinguir as características das causas básicas. Pela própria natureza e complexidade do setor saúde, recomenda-se a utilização de um enfoque racional e de sistemas para administrar os serviços de saúde. Sob a luz do enfoque sistêmico para resolver problemas o ponto de referência é o conjunto em vez de partes isoladas. Como já se mencionou anteriormente ou pelo menos se deu a entender, o enfoque de sistemas se fundamenta na idéia de que antes de se dar cumprimento a uma decisão, em qualquer nível, ou relativa a um setor da organização, se deve examinar seu efeito final sobre o objetivo do sistema.

Estudos nesta linha demonstram comparações da seguinte maneira, certas diferenças importantes entre o enfoque de sistemas e o enfoque de organização tradicional:

- a) Na organização dos Programas de Saúde destaca-se o desenho da estrutura orgânica, e depois se consideram os meios de comunicação que esta necessita. No sistema sobressalta o desenho da estrutura de comunicação, e depois se considera a organização necessária para complementá-la;
- b) Na organização dos Programas de Saúde, põe-se em relevo, as linhas de mando, a autoridade e a responsabilidade. No sistema destacam-se os meios de comunicação, a corrente de informação e as decisões;

- c) Na organização dos Programas de Saúde estabelecem-se divisões de autoridade e responsabilidade. No Sistema enlaçam-se, como em uma rede, as perguntas e as respostas.

3.5.2 Análise da Estrutura de uma Organização

A linha cheia, na Figura 13 apresentada na seqüência relaciona a diagramação original ou clássica, na qual se procura realçar, sobretudo a hierarquia de autoridade e os níveis de dependência. O enfoque de sistema está representado pela linha pontilhada, cuja ênfase consiste na inter-relação existente entre as diferentes partes e os fluxos de informação necessários entre cada uma delas. O enfoque sistêmico permite a análise e síntese tanto dos sistemas simples como dos complexos, sendo que os sistemas complexos, não somente aqueles que são de grande dimensão, mas aqueles onde existe uma grande inter-relação entre os diferentes elementos do sistema e, por conseguinte é mais difícil de se identificar claramente e de forma precisa, as funções de cada um destes elementos. Mesmo assim, apesar da complexidade, o enfoque sistêmico permite tornar mais simples a análise pela consideração simultânea de todos os elementos e seus respectivos atributos e resolutividades propostas pelo programa de saúde a ser desenvolvido.

Refletindo sobre a aplicação dos sistemas para a análise da organização, observamos que as organizações sempre mais são analisadas sob o ponto de vista de sistemas, tanto no contexto descritivo como normativo.

O importante não é a estrutura tradicional, nem as relações entre autoridades, mas a corrente de informação, energia material e comportamento.

Continua dizendo que no momento do desenho ou da projeção orgânica da organização deve-se prever uma orientação para sistemas procurando aproveitar o máximo da nova tecnologia administrativa que compreende os métodos quantitativos, os computadores e as ciências de informação e de comportamento.

Dentro deste contexto, e ainda não o fizemos até aqui, já que estamos falando sobre sistemas, é necessário apresentar algumas definições.

Os estudos nesta área evidenciam uma série de objetos com determinada relação entre esses objetos e entre seus atributos. Conduzem a um todo organizado ou complexo: um conjunto ou combinação de coisas ou partes que formam um todo unitário ou complexo. A noção fundamental de um sistema consiste no fato de ser uma série de partes inter-relacionadas. Traz implícita uma grande totalidade que converte o todo em algo diferente das partes individuais consideradas em separado, e em algo mais que elas. Técnicos da Organização Pan-Americana de saúde, assim definiram: “Sistema é um grupo de elementos que estão relacionados em alguma forma, com o fim de obter algum objetivo determinado”.

Na realidade a palavra “sistema” é usada indiscriminadamente para designar os mais diversos assuntos, o que tem trazido alguma dificuldade para estabelecer sem ambigüidade seu significado. De fato é certo dizermos que no fundo, as diversas definições que se oferecem, na maioria das vezes, procuram satisfazer as necessidades do contexto onde é utilizada.

Um sistema consta de uma estrutura e um conjunto de objetivos, propriedades, funções, fatores essenciais e produtos finais, e em muitos casos, mecanismos de troca de informações. O fundamental de um sistema, é que suas partes devem trabalhar para alcançar o objetivo geral do conjunto. Se os componentes de um sistema perseguem metas diametralmente opostas, tal sistema

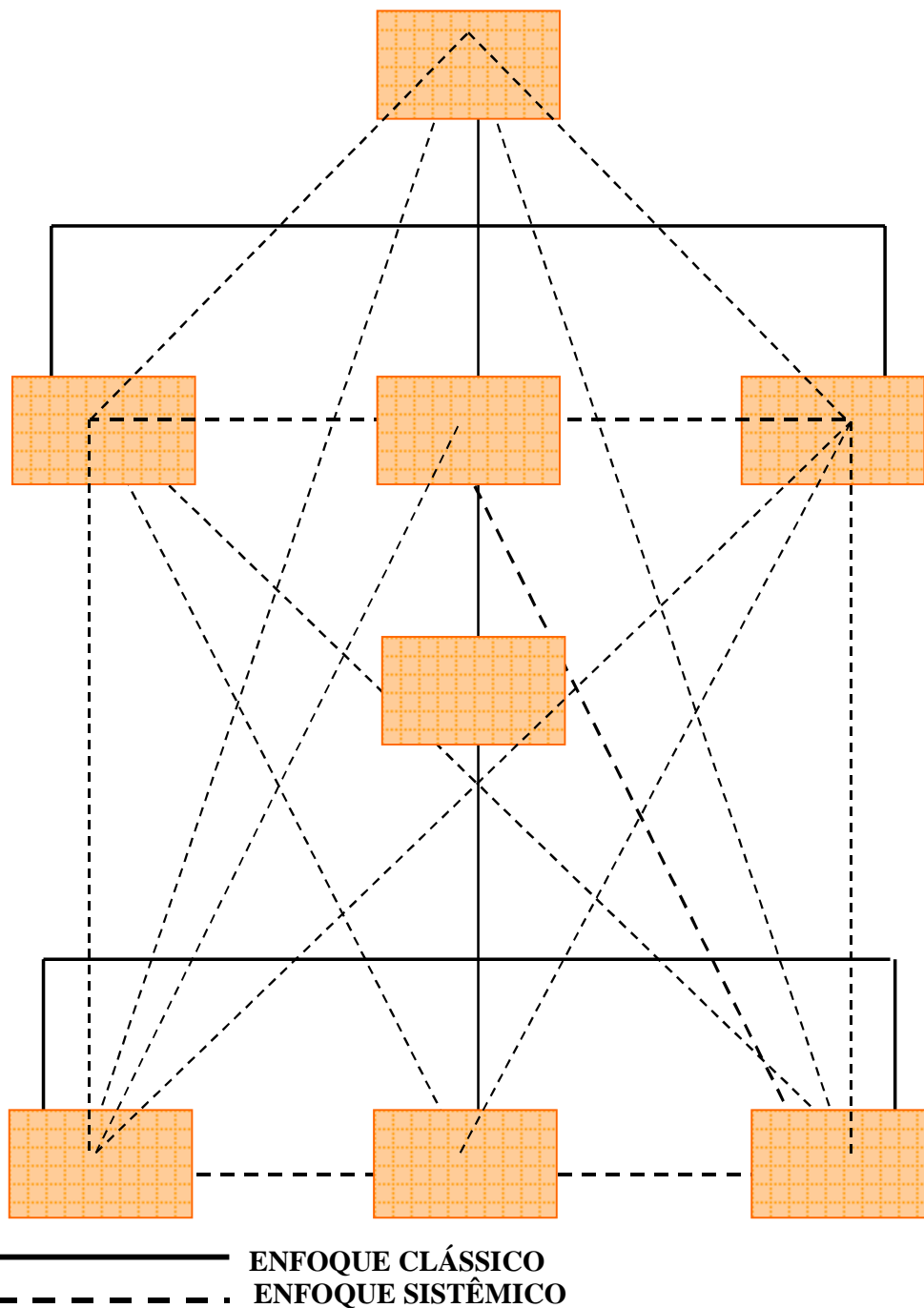
não pode sobreviver por muito tempo, ainda quando uma das partes possa estar funcionando eficazmente para alcançar seus próprios objetivos.

Seja qual for a definição apresentada, ou se examinarmos o conjunto delas, fica clara a percepção de que estas definições consideram básicas:

- Os objetivos do sistema em seu conjunto;
- O ambiente;
- Os recursos;
- Os componentes e;
- A administração e controle do sistema.

A concepção do processo de saúde no contexto de um programa ou como um sistema, ou de outra forma como um subsistema social, permite estudá-lo de forma mais coerente, considerando que através do enfoque sistemático os elementos são estudados, não só isoladamente, mas também e especialmente em seu conjunto, o que resulta em maior eficiência. Tem-se a impressão de que o administrador de saúde, nunca deixou de ter percepção sistêmica do processo de saúde, contudo pela falta de tecnologia adequada, jamais passou de idéias esquecidas em seu sub-consciente, impossibilitando sua utilização no encaminhamento de soluções para o eixo central do programa.

Hoje em dia qualquer campo da atividade e principalmente no da saúde, pela afinidade e observação que temos empreendido, nota-se que as soluções parciais não alcançam o resultado esperado, e ao observar (em saúde) que os problemas vão se tornando mais complexos o enfoque sistêmico alcança maior aceitação.



Fonte: A autora (2003).

Figura 13: Análise da Estrutura de uma Organização.

3.5.3 Critérios para a Formulação de um Sistema de Saúde voltado para a Execução de Programas

O Sistema de Saúde é estabelecido para satisfazer uma função social que se manifesta por necessidade, aspirações e demanda de serviços de saúde.

A necessidade é a expressão de uma série de circunstâncias biológicas, patológicas, ambientais e culturais, sendo que todas se medem através de indicadores de saúde que habitualmente são influenciados por valores sociais e pelo nível cultural de cada grupo humano. Os indicadores da necessidade são provavelmente os que expressam de forma mais objetiva a realidade do nível de saúde do ambiente.

As necessidades de saúde por diversos mecanismos geram a demanda de Serviços de Saúde – o elemento essencial usado pelos planejadores para formular um sistema de saúde.

Podemos concluir que o sistema de saúde pode ser visto como um fluxo de pessoas que circula dentro de um Sistema. Seguindo a orientação dos indicadores o processo tem início com os nascimentos, população sadia e o término com a alta dos pacientes ou mortes. Essa seqüência acrescentando-se a organização existente para a prestação de serviços representa o fluxo “input-processo – output” no sistema de saúde caracterizando o programa de saúde a ser estabelecido.

Na verdade esta Organização do Programa constitui-se em outro “Sistema” já que é representada pelas instituições que se estabelecem com o propósito de transformar o indivíduo doente em indivíduo são ou atender suas necessidades de serviço de saúde. Este sistema assume várias características e formas diferentes de um país para outro. Nesta altura podemos considerar as

organizações prestadoras de serviços de saúde como sendo o conjunto de instituições públicas ou privadas que incluem entre suas metas especificamente as ações de promoção, proteção ou recuperação da saúde.

Esse Sistema utiliza no Processo de Atenção á demanda, variados recursos em dosagens e proporções de acordo com o grau de tecnologia disponível permitindo o maior alcance do objetivo central ao programa de saúde em questão, tais recursos, por sua vez constituem o segundo fluxo importante do sistema de saúde qual seja o fluxo de insumos. Os insumos são representados pelo conjunto de recursos humanos e materiais. Ambos são produzidos por sub-sistemas distintos da economia. O sub-sistema produtor de recursos materiais compõe o aparelho industrial do país e está ligado ao setor secundário da economia. Destina-se à produção de bens em forma de equipamento ou de insumo para utilização pelo sistema prestador de serviços de saúde. Entre os principais ramos industriais que se projetam para atender este segmento destacamos: a indústria de equipamento e material hospitalar e a indústria farmacêutica.

O sub-sistema formador de recursos humanos faz parte do setor terciário da economia, vinculando-se ao sistema educacional.

Os recursos humanos representam um dos componentes essenciais de um sistema de saúde, porque tal sistema está organizado e preparado para implantação do programa de saúde utilizando assim, de forma intensiva o trabalho de pessoas profissionais, técnicos, pessoal administrativo entre outros cujo esforço coletivo resulta no produto final do Sistema que é a Prestação de Saúde à Comunidade no Programa em atuação. .

O terceiro e importante componente do sistema que tem a saúde como enfoque para a implantação de programa de saúde é o Fluxo de Recursos

financeiros, responsável pela remuneração dos fatores de produção de serviços de saúde.

O volume total disponível depende do status econômico do país o que determina maior ou menor prioridade de alocação para o setor saúde. Soma-se a este fato, a nítida disputa entre os diversos setores econômico, traduzida nas constantes pressões que geram, tentando conquistar uma melhor colocação na distribuição dos recursos globais. As necessidades e aspirações, por sua natureza ilimitada, em confronto com os recursos disponíveis, determinam decisões racionais para sua utilização.

As instituições participantes, não obstante suas diferenças, devem convergir em certos objetivos, e obrigações e aceitar uma limitação em sua autoridade em áreas de finalidade comum, qual seja a de oferecer serviços integrais de saúde de qualidade satisfatória à maior parte possível da população.

A última das partes componentes do nosso modelo de sistema de saúde refere-se ao *Fluxo de Informações*.

Sobre este assunto não iremos nos alongar aqui por constituir uma das partes centrais do nosso trabalho. Contudo para completar a análise funcional que iniciamos, diríamos que o fluxo de informação constitui o elemento que garante ao sistema, características de um sistema cibernético, o que permite o controle e a comunicação entre as várias partes do sistema. A partir das idéias aqui delineadas é que a seguir procuramos descrever o sistema de saúde.

3.5.4 O Sistema de Saúde como parte integrante do Programa em Desenvolvimento

O sistema de saúde e suas relações com o Sistema Econômico e Político do País e com o Sistema Educacional, bem como suas interconexões com os recursos humanos e a capacidade instalada são indispensáveis para oferecer prestação de serviços de saúde à população.

O conjunto do sistema de desenvolvimento constitui assim, um fluxo cibernético, no qual o insumo de recursos humano, físico e financeiro conduz-se de forma harmônica com a tomada de decisões, a seleção de prioridades e a formulação de programas, a fim de oferecer prestação de saúde e serviços educacionais à população. Os recursos humanos têm um duplo fluxo de realimentação com o sistema de saúde e o sistema educacional, já que ambos contribuem para formar recursos humanos, e por sua vez esses recursos servem como elemento essencial para a prestação de saúde e serviços educacionais. Por sua vez, os *Programas de Saúde* e os *Programas Educacionais*, ao serem avaliados periodicamente, permitem modificar os modelos e as prioridades, para reorientar os sistemas de saúde e educacionais, de acordo com suas avaliações periódicas.

Assim, pois, quem recebe os benefícios de todo o sistema cibernético é a população, e por isto é que dizemos que o sistema tem ainda, um caráter ecológico, já que procura melhorar o padrão de vida da população, elevar sua cultura e alcançar o melhor estado de saúde possível.

3.5.5 Sistema de Serviços de Saúde

Em um seminário sobre investigação em sistemas comparados de saúde – realizado em Asilomar, Califórnia, sob o patrocínio da Associação Americana de Saúde Pública e da Associação Sociológica Americana – adotou-se a seguinte definição de sistema de serviços de saúde: “Um *conjunto de mecanismos em uma sociedade (ou país) que destina funções especiais e recursos para alcançar a meta de proteger e restaurar a saúde da população beneficiária*”.

De outra parte e considerando tanto esta definição como os conceitos básicos de um enfoque sistêmico a que temos feito referência, poderíamos então considerar de acordo com o Dr. Norberto Espinosa que um sistema de serviços de saúde seja “um conjunto de elementos e relações que uma sociedade tem diferenciado, mediante ações, cuja finalidade específica é o cuidado da saúde”.

Nesta definição se encontram presentes os elementos fundamentais de todo sistema, aplicados neste caso a prestação de ações específicas de saúde: componentes que podem ser de tipos distintos, existência de inter-relação entre eles e realização de um processo ou conjunto de ações produzidas por eles, para obter um objetivo determinado.

Os aspectos formais desta definição, como as de outra que se possam dar, podem ser discutíveis e corrigíveis, mas sua essência permanece qualquer que seja a correção e a forma que se realizará.

Se aceitarmos a concepção básica, podemos concluir que em todo país há um sistema de serviços de saúde, implícito ou declarado, de características variadas, com processamentos distintos e com resultados diferentes, mas sempre presente.

3.5.6 Sistema Nacional de Saúde

A complexidade do Sistema Saúde, especialmente quando nos propomos a observá-lo numa dimensão de País, obriga-nos à adoção de modelos descritos ou explicativos.

O horizonte se amplia quando a percepção é centrada na objetividade e simplicidade apresentada pelo Sistema Nacional de Saúde através de um esquema operacional.

Esta linha de Reflexão de Sistema, ressalta o fluxo normal de decisões, ações e prestações que caracterizam um Sistema Nacional de Saúde, destacando a Política de Saúde, os recursos humanos, a capacidade instalada, o processo administrativo, e a população, que são os pilares fundamentais sobre os quais repousa o Sistema. Destaca também os vários níveis administrativos de decisão que o influenciarão.

Na implantação dos vários Programas de Saúde, com certa frequência, fala-se de Sistema Nacional de Saúde, como alternativa ou etapa preliminar de um serviço Nacional de Saúde. Ao primeiro agrega-se o seguro nacional como mecanismo financeiro e, às vezes, também, como instituição que concede prestações de saúde. A verdade é que estas expressões não são necessariamente alternativas opostas entre si, mas que podem ser diversas etapas de um mesmo processo ou diversos mecanismos utilizados pelas instituições para outorgar prestações de saúde para distintos grupos da população a serem atendidos nos mais variados programas.

Entende-se por *Serviço Nacional de Saúde* uma instituição dependente diretamente do Ministério da Saúde encarregada de formular, organizar e executar

uma Política Integral de Saúde para toda a comunidade. Um organismo desta espécie somente existe nos países de organização centralizada.

O Serviço Nacional de Saúde da Grã-Bretanha, por exemplo, não cumpre com a concepção unitária que é requisito indispensável de um Serviço Nacional de Saúde, já que na Inglaterra a atenção médica geral, ambulatorial e a domicílio, é feita dentro de um sistema chamado de “General practioners”. A atenção hospitalar é administrada por outro sistema diferente, através dos Conselhos Regionais de Hospitais e a Saúde Pública está entregue a um terceiro sistema de caráter vertical, dependente do Ministério da saúde em Londres e que se ramifica por todas as províncias e condados, através dos chamados – Oficiais Médicos de Saúde, que são empregados diretos do Governo, possuindo um sistema de remuneração totalmente diferente dos “General Practioners” e dos Médicos de Hospital.

Por outro lado, no Chile, o Serviço Nacional de Saúde tem dois regimes diferentes: um através de médicos funcionários e que cobre a população trabalhadora com seus familiares e indigentes, e outro sistema de livre escolha que protege os empregados públicos e particulares e seus familiares.

Assim, pois, tanto o serviço Nacional de Saúde Britânico, como o Serviço Nacional de Saúde Chileno, tem dentro de si **sistemas** diferentes para proporcionar certas prestações de serviços de saúde e para atender certos grupos da população.

Como podemos observar, os conceitos de Serviços Nacionais de Saúde e Sistema Nacional de Saúde têm normas semelhantes entre si e campos de ação comum e justaposição de suas atividades. Poderíamos dizer, que o que distingue o Serviço Nacional de Saúde é a integração total das atividades preventivas e curativas da medicina, e a unificação da autoridade legal, administrativa e financeira em um diretor geral de saúde assessorando por um conselho nacional de saúde.

Já o Sistema Nacional de Saúde caracteriza-se sob o ponto de vista de sua estrutura, por uma multiplicidade de Instituições Públicas e Privadas, as quais guardam entre si pouca integração e quase nenhuma coordenação.

3.6 O Olhar Crítico do Trabalho no Atendimento de Saúde Referente à Assistência a Mulher – Programa de Saúde da Mulher

O *trabalho* é, enquanto princípio da Economia Política, a essência subjetiva da propriedade privada e está frente ao trabalhador como propriedade alheia, estranha e prejudicial ao trabalhador.

Sua realização aparece como “privação” do operário porque, na medida em que a Economia Política oculta a alienação que está na essência do trabalho, a própria relação da propriedade privada contém o produzir-se da atividade humana como trabalho.

Assim, o trabalho é uma atividade humana completamente estranha a si mesma, ao homem e à natureza. Portanto, estranha à consciência e à vida. Historicamente determinado, o único trabalho existente é o trabalho alienado de si mesmo, constituindo “o devir por si do homem na alienação ou como homem alienado”.

Marx – como nos diz Manacorda (1991, p. 44-45) – acaba resumindo essa determinação do *trabalho*, segundo a qual a manifestação de vida é em si mesma expropriação de vida, através da formulação, peremptória e inequívoca, de que “o *trabalho é o homem que se perdeu a si mesmo*”.

Mesmo quando ele emprega o termo *trabalho* junto à “vida produtiva” ou “atividade vital humana”, ele aponta para o fato de que essa atividade – que como atividade livre, consciente, é o caráter específico do homem – está degradada como “meio para a satisfação de uma necessidade”.

Assim é que, seja como busca de um entendimento teórico-crítico-reflexivo sobre trabalho, seja como esforço de superar novos desafios e mudanças provocadas pelo desenvolvimento científico e tecnológico, pelo dinamismo das relações socioeconômicas, e por novas configurações político-culturais, outras contribuições vêm sendo trazidas ao entendimento do *trabalho* e sua posição no quadro da Organização Social. Estas contribuições aparecem tanto como desdobramento do pensamento marxista, quanto em uma linha de crítica a este pensamento.

Manacorda (1991, p. 53) aponta duas vertentes críticas importantes:

1. A primeira se refere ao fato de Marx, por um lado, fundamentar no trabalho toda a sua problemática de emancipação do homem e, ao mesmo tempo, apontar que o trabalho é, nas condições históricas dadas, destruição do homem, criação de um poder estranho ao homem e que o domina. Como pode o trabalho libertar o homem, se é a causa da sua servidão?
2. A outra crítica surge a partir do próprio centro das posições de Marx e observa que, se o trabalho é a atividade e a manifestação do homem, a sua relação voluntária, consciente e universal com a natureza, não se pode compreender como, mesmo quando obtidas todas as condições para a sua plena manifestação, seu reino permaneça um reino da necessidade e que o espaço da liberdade tenha que ser procurado,

então, para além do trabalho. Marx, afinal, afirmou que, colocada à disposição do homem uma totalidade de forças produtivas, trabalho e manifestação de si coincidem!

Mas a grande questão que nos mobiliza, na atualidade é uma objeção que não se apresenta com qualquer argumento, proclamando apenas a “inevitabilidade” do quadro prático para os que tomam a categoria trabalho como eixo de compreensão. Este desafio se manifesta em dois níveis: histórico dado e que Frigotto (1992, p. 53-54) tão bem descreve:

As mudanças na base técnica da produção e o impacto sobre o conteúdo do trabalho, divisão do trabalho e formação humana, geram um desafio Teórico e Político:

- 1- Compreensão e ação relativas às novas formas de sociabilidade do capital, cuja base é o controle e monopólio do progresso técnico e do conhecimento,
 - que redefinem tanto a competição intercapitalista quanto à subordinação do trabalho capital;
 - que se expressam por novas representações reveladoras das formas de conceber a realidade, como uma sociedade pós-industrial, pós-capitalista, sociedade global sem classes, pós-histórica, marcada pelo fim das ideologias, tendo como pressuposto um novo modelo de organização social – *a sociedade do conhecimento*.

Compreensão e ação diante de um novo tipo de organização industrial:

- baseada em tecnologia flexível (microeletrônica associada à informática, microbiologia e novas fontes de energia);

- gerando novos conceitos ou categorias, no plano da ordem econômica, como flexibilidade, participação, trabalho em equipe, competência e qualidade total,
- com os correspondentes conceitos e categorias no plano da formação humana, como pedagogia da qualidade; multi-habilitação, policognição, polivalência e formação abstrata.

2. Análise Crítica das Práticas de Atendimento aos Serviços de Saúde referentes à Assistência à Mulher

De modo geral, a organização social e administrativa dos Serviços de Saúde, notadamente aqueles da esfera Pública, tendem a confirmar, através de Programas e atividades oferecidas à população feminina, que a maternidade é o apogeu da vida da mulher e que as ocorrências desse processo, tais como: gravidez, parto, puerpério e aleitamento são, necessariamente, e às vezes exclusivamente, os alvos privilegiados dos chamados “problemas de saúde da mulher”. Por outro lado, é fato histórico que as mulheres sempre engravidaram, tiveram filhos e que nem sempre estes acontecimentos estiveram sob a guarda da vigilância médica, bem como não se caracterizavam necessariamente como estados patológicos.

Sem sombra de dúvida, em muitos aspectos, foi extremamente valioso para as mulheres o que o avanço do conhecimento científico no campo médico e a institucionalização das **Políticas de Assistência à Saúde** em geral possibilitaram, pelo menos teoricamente, para que as mulheres tivessem atenção pré-natal e assistência durante o parto.

Porém, atualmente, o avanço do conhecimento médico nos campos da ginecologia, da obstetrícia e da pediatria, torna quase “natural”, senão obrigatória, para todas as mulheres, as idéias de “parto hospitalar”, “de atendimento pré-natal”, “de aleitamento natural”, entre outras. Este conjunto de atitudes definidas a partir do novo modo de organização social da assistência médica, passa a ser aceita como correta e usual em si, pelos profissionais de saúde e pelos próprios clientes.

No entanto, existe atualmente uma crítica crescente sobre a forma como as mulheres são tratadas, particularmente aquelas desfavorecidas do ponto de vista sócio-econômico, no interior das Instituições Públicas de Serviços de Saúde.

Preconceitos sobre a mulher, vigentes em nossa sociedade e no interior das instituições de saúde, fazem com que esta só consiga ser definida através da família, ora como filha, ora como esposa ou mãe e nunca como ela é, uma **MULHER** que também desempenha outros papéis sociais. A freqüência das imagens de “devoção”, “sacrifício”, “feita para sofrer”, “essencialmente reprodutoras”, associadas à maternidade em todos os seus desdobramentos e à vida sexual da mulher, têm exercido, nas práticas dos serviços de saúde, uma poderosa influência no modo de tratar e entender as demandas trazidas pelas mulheres até os profissionais.

Se os Serviços de Saúde priorizam, para fins de atendimento à mulher, os riscos de morbidade e mortalidade referentes ao período de gestação, parto e puerpério, o fazem a partir do ponto de vista do discurso médico, psicológico e social que considera a maternidade e o suposto “instinto maternal” como centrais na vida de uma mulher. A ênfase na maternidade, por exemplo, significa que a infertilidade se trata freqüentemente com muito mais interesse, do que uma gravidez não desejada ou interrompida pelo aborto. Também este se trata com mais atenção se for espontâneo do que se for provocado. A equação mulher-mãe significa, na prática

dos serviços de saúde, que é bom para as mulheres ficarem grávidas e ter filhos, cuidando deles depois de nascidos, constituindo-se um desvio, uma anormalidade, não desejar isto.

Mesmo sendo verdade que esta imagem da mulher ainda é corretamente difundida e introjetada, não só pelos profissionais de saúde, como também pelas próprias mulheres, as avaliações parciais e escassas sobre a assistência pré-natal e pós-natal, indicam um alcance muito limitado dos Programas e atividades oferecidas quanto à cobertura e à qualidade dos serviços prestados, sendo em alguns casos, como na assistência hospitalar, precária e responsável por uma proporção considerável de óbitos perinatais e maternos e de deficiências no recém nascido em decorrência da má assistência ao parto.

Assim, as idéias vigentes sobre as mulheres e seu lugar na sociedade determinam, entre outras coisas, a escassa atenção prestada tanto na formação dos profissionais de saúde, quanto na organização da assistência , e aos demais problemas de Saúde das Mulheres e que não relacionados diretamente com a gravidez e o parto. A notável carência de informações mais detalhadas e precisas do ponto de vista da investigação científica sobre certos aspectos da fisiologia e da bioquímica do corpo feminino, também são indicadores desta tendência.

Problemas extremamente angustiantes para as mulheres, como as desordens da menstruação, as infecções vaginais, por exemplo, não constituem prioridades nos padrões atuais da investigação médica.

Conforme dados de causas de óbito da população feminina em idade reprodutiva (15 – 49 anos de idade) no Brasil, em 1992, as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por 40,93% das mortes, vindo em segundo lugar os sinais, sintomas e afecções mal definidas com 20,22%, o que evidentemente indica

insuficiência de recursos diagnósticos para avaliação da morbidade e conduta terapêutica adequada.

As “queixas vagas”, “estados mal definidos”, de frequência altíssima nas mulheres nos Ambulatórios Gerais, são indicadores de conflitos subjacentes em qualquer problema de saúde da mulher, bem como de um mal-viver em uma sociedade e em uma prática de relações sociais e afetivas conflitantes. Quando estas queixas assumem um sentido mais nitidamente sexual, o manejo usual nos Serviços de Saúde é pelo senso comum, onde o risco de se tomar atitudes moralizantes e prescritivas é bastante alto, ou dentro dos limites da ginecologia, onde as mulheres são apresentadas basicamente como reprodutoras.

Sob este ângulo, a sexualidade feminina continua sendo definida em termos de orgasmos vaginais, sendo o orgasmo clitoridiano considerado sintoma patológico, bem como a “normalidade” sexual da mulher é vista mais em termos do prazer sexual de seu par do que no seu próprio prazer. Daí, a idéia tão difundida e vulgarizada pejorativamente, de que as maiores das mulheres são “frígidas”, sexualmente insensíveis ou excessivamente excitadas, oscilando entre a imagem de pureza da mãe, assexuada, e a imagem de impureza da prostituta.

Assim, na vida sexual da mulher e nas orientações que ela recebe nos Serviços de Saúde sobre este aspecto, parece haver uma forte tendência para se reproduzir à idéia de que a mulher deve ser a dependente, a passiva e a submissa, enquanto o homem aparece como o agressivo, o imperativo e possuidor de uma excitação sexual mais forte, ativo.

A sociedade e o discurso médico supõem, usualmente, que as maiores dos problemas ginecológicos comuns experimentadas pelas mulheres não são “reais”, acreditando que elas são mais propensas que os homens a imaginarem

coisas que nem sempre têm evidências físicas, ou seja, que a maioria delas é basicamente “doente psicossomático”, “funcional”, “neurótico”.

A prescrição generalizada de tranqüilizantes e antidepressivos para as mulheres, ao mesmo tempo em que disfarça a impotência do médico, induz nas pacientes a idéia de que os medicamentos podem ajudá-las por si só a fazer frente às dificuldades que encontram em seu cotidiano. Evidentemente, o alívio imediato da angústia através de meios químicos pode ser valioso em determinados casos. Porém, é necessário reconhecer que o alívio temporário não significa a resolução dos conflitos básicos que determinam estes sintomas.

Quanto ao controle da **REPRODUÇÃO HUMANA** pode-se dizer que os avanços atuais da tecnologia permitem, observados os critérios de indicação de uso, que todas as mulheres controlem sua própria fertilidade, seja através de anticoncepcionais, do aborto ou da esterilização.

Por outro lado, o parto pode se mais seguro do que foi em outra época da história e a criança ter menos probabilidade de morrer na infância. Mesmo considerando que a intervenção médica teve um papel importante na redução das taxas de mortalidade materna e infantil no final do século XIX e no início do século XX, atualmente sabe-se que a melhoria das condições de vida como a alimentação, habitação, saneamento e o salário desempenham papel mais significativo e são determinantes nas **mudanças** dos padrões de morbo-mortalidade. Apesar disso, a instituição médica e o Estado, controlaram crescentemente a tecnologia da Reprodução Humana, independente dos interesses e sentimentos das mulheres, dando pouca atenção ao desenvolvimento dos anticoncepcionais para o homem.

Enfatizando as glórias das pílulas anticoncepcionais, mantiveram reservas quanto a seus possíveis efeitos colaterais de risco para a mulher. Para as mulheres,

o desenvolvimento desta tecnologia foi um processo contraditório. Tecnicamente lhes deu maior controle sobre seus próprios corpos e, ao mesmo tempo, possibilitou o aumento da capacidade de outros para controlar suas vidas e decidir por elas.

As dificuldades para as mulheres conseguirem regular adequadamente sua fertilidade não se limitam aos problemas de acesso físico às informações e aos meios. A falta de um saber sobre seu corpo, seus desejos, traz dificuldades crescentes para realizar uma eleição adequada e suficientemente clara entre os diferentes métodos contraceptivos.

A maioria das mulheres não conhece as vantagens dos tipos diferentes de métodos e os próprios médicos estão, em geral, inadequadamente preparados para o seu crescente papel no Planejamento Familiar. A maioria deles, discute muito pouco com as mulheres e às vezes nem com elas, mas com o marido, quando são casadas. De modo geral, oferecem pouca informação sobre as alternativas possíveis, impossibilitando que a escolha seja feita de acordo com a multiplicidade de situações trazidas e vivenciadas por cada mulher, cada homem ou cada casal.

A expansão do Planejamento Familiar ocorreu também para atender a interesses de Políticas Econômicas e Sociais num sentido amplo: as mulheres poderiam ficar mais disponíveis para o trabalho assalariado; a família nuclear poderia ser reforçada como modelo de família moderna, esclarecida; as “famílias – problema”, pobres, marginalizadas do processo reprodutivo, que significam custos altos para o Estado, poderiam ser induzidas a não ter nenhum outro filho, a partir de um número ideal de filhos e da disponibilidade de meios anticonceptivos gratuitos. No caso específico deste último tipo de família, os chamados “casos especiais”, as preocupações eugênicas, tiveram papel considerável, tal como no caso dos doentes mentais e dos alcoólatras.

De maneira crescente, a instituição médica conseguiu controlar não apenas os meios para prevenir a gravidez, mas também as condições sobre as quais as crianças nascerão.

Argumenta-se atualmente, que certas técnicas obstétricas rotineiras de anestésicos e analgésicos ao longo do trabalho de parto, assim como a raspagem dos pelos pubianos e a administração de enemas no seu começo (indução ao parto), bem como as rígidas rotinas das enfermarias e berçários geram, ao nível do conforto e segurança da mãe e do bebê, excessiva “medicalização” do nascimento geram dificuldades a mais para as mulheres, além daquelas já próprias da assistência hospitalar.

Esta tendência intervencionista, pouco respaldada nos critérios clínicos de cada situação, permite dizer que os Serviços de Saúde e seus representantes expropriam da mulher a satisfação do controle sobre seus próprios processos, debilitando-a ainda mais, impedindo-a de desenvolver uma capacidade auto-reflexiva sobre os **movimentos e sinais** de seu **próprio corpo**. Essas são algumas das razões que podem explicar porque as mulheres abandonam ou não vão aos Serviços de Saúde, desafiando as expectativas dos mesmos quanto às metas das Políticas de Saúde. O que se verifica é uma insuficiência dos esquemas atuais para a resolução dessas dificuldades, pois os modos de abordagem e relação com a população feminina não têm, em boa parte, dado respostas eficazes, nem para esta e nem para os profissionais de saúde, frustrados na sua prática, tal como as mulheres.

A negação da dimensão subjetiva do médico e do doente quando diante um do outro, a transformação do corpo do doente numa entidade autônoma chamada “a doença”, as rotinas burocráticas e muitas vezes desnecessárias, a

produtividade exigida sem sentido algum, talvez permitam visualizar outras formas de trabalho que redefinam o que se pode fazer. A análise e discussão dos fracassos dos Serviços de Saúde poderão indicar um caminho capaz de recomeçar com as mulheres uma ***nova abordagem*** de **Atenção à Saúde**.

Certamente, como profissional e como cidadão que se preocupa em acompanhar a grande discussão sobre o **Trabalho, Saúde e Educação**, é preciso estar atento a várias questões; a primeira destas é ter presente que a compreensão do trabalho sempre foi – e ainda é – um desafio:

- apesar de o Ser Humano sempre ter experimentado e continuar experimentando concretamente o trabalho;
- apesar de um grande esforço para se chegar a uma sistematização de conceitos articulados sobre o Trabalho.

Todas estas questões desenham o entendimento de que a palavra “TRABALHO” significa uma forma de **Ação Humana**. Para além disto, desde tempos os mais remotos, e até hoje, seus significados se diferenciam gerando discussões que, não raras vezes, se concretizaram em **lutas políticas**. Mesmo correndo o risco de simplificar, podemos dizer que o *trabalho* é concebido, ao mesmo tempo, como necessidade do ser humano e como violência feita ao ser humano. Esta contradição, tanto de fatos como de conceitos, é a base de todas as complexas questões que envolvem o trabalho.

Esta contradição se reflete na variedade de termos que designam o trabalho. A palavra **trabalho** provém do vocábulo latim ***tripalium*** que, segundo a socióloga Suzana Albornoz, era uma espécie de instrumento de trabalho feito de três paus aguçados, no qual os agricultores bateriam o trigo, as espigas de milho, o

linho, para rasgá-los e esfiapá-los. Posteriormente, esse instrumento de trabalho teria servido como instrumento de tortura de escravos (o verbo **tripaliare** passou a significar torturar). Daí a associação entre trabalho e tortura. Os gregos usavam *ponéin* (de **pónos = esforço, fadiga, peso, necessidade**) e *ergázestai* (de **érgon = obra, eficiência**). Os latinos usaram *labor* (= **trabalho, fadiga, cansaço**) e *facere* (= **fazer com artifício**).

3.6.1 Visão Política

Uma vez adentrado no Universo do significado de **trabalho**, a Equipe de Saúde vinculada aos Programas de Saúde precisa ter uma visão das POLÍTICAS DE SAÚDE vigentes no governo no qual estamos inseridos e, continuamente, articular o processo SAÚDE/EDUCAÇÃO/POLÍTICA. Para tanto, faz-se necessário um conhecimento histórico do Processo Político ao longo da história e neste contexto o povo grego é considerado historicamente uma das culturas mais politizadas de que se tem conhecimento. Ali se originou a palavra **democracia**, para designar o tipo de governo em que o povo (**demos**) exercia o poder.

Entretanto, como observa Pessanha (1991, p. 8):

A democracia ateniense era, na verdade uma forma atenuada de oligarquia (governo de poucos), já que somente aquela pequena parcela da população – os cidadãos – usufruía dos privilégios da igualdade perante a lei e do direito de falar nos debates da Assembléia (isegoria). As decisões políticas estavam, porém, na dependência de interferências ainda mais restritas, pois na própria Assembléia nem todos tinham os mesmos recursos de atuação. Lido o relatório dos projetos – levados à ordem do dia, o arauto pronunciava a fórmula tradicional: “quem pede a palavra?” segundo o princípio da isegoria, qualquer cidadão tinha o direito de responder e esse apelo. Mas, de fato, apenas poucos o faziam. Os que possuíam dons de oratória associados ao conhecimento dos negócios públicos, os hábeis nos raciocinar e no usar da voz e o gesto, estes é que obtinham ascendência sobre o auditório, impunham seus pontos de vista através da persuasão retórica e lideravam as decisões”.

Em decorrência desta forma de organização da sociedade, quem participava dos destinos da cidade – os cidadãos - eram apenas os homens, excluindo-se, desta forma, as mulheres, os estrangeiros, os escravos, e também os trabalhadores manuais (artesãos, ferreiros...). Estabelece-se a distinção entre *trabalho intelectual –racional e trabalho manual-operacional*. Para o filósofo grego Platão (428 a. C.), a finalidade dos melhores homens é a contemplação das idéias.

Entre os romanos, em oposição ao **otium** (pronuncia-se como “óciium”) surge o conceito de **negotium**, estabelecendo a oposição entre negócio e ócio: **negotium** é ausência de lazer.

Na Idade Média (entre os séculos V-XIV) – apesar de Santo Tomás de Aquino (1227-1243) desenvolver uma teologia que procura reabilitar o trabalho manual, dizendo que todos os trabalhos se equivalem – “a própria construção teórica de seu pensamento, calcada na visão grega, tende a valorizar mais a atividade contemplativa” Aranha E Martins (1991:56).

São Bento de Núrsia (480-547), no limiar da Idade Média, organiza a vida monástica do Ocidente cristão, fundamentando sua regra na indissociabilidade da oração e do trabalho (“*Ora et labora*”) como meios de dignificação e santificação da pessoa humana. No entanto, isto não garantiu, ao longo do tempo, uma superação da dicotomia do trabalho intelectual e manual. Nos mosteiros medievais uns - os letrados – desenvolviam, ficando o segundo a cargo dos servos e dos conversos – não letrados.

3.6.2 Situação Política de Saúde atual; Educação como META – Aspectos Críticos

Hoje, o que vivenciamos na prática com a Implantação dos Programas de Saúde e procedente a partir da criação da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, o Ministério da Saúde assumiu seu papel de gestor federal do SUS no que diz respeito à formulação das Políticas orientadoras da formação, distribuição e gestão dos trabalhadores de saúde no Brasil.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde é responsável pela proposição e reformulação das Políticas relativas à Formação e Educação permanente dos trabalhadores de saúde em todos os níveis de escolaridade e à capacitação de profissionais de outras áreas e da própria população para favorecer a articulação intersetorial e o controle social no setor de saúde.

Organizado em três coordenações – Educação Técnica, Superior e Popular – o Departamento pretende trabalhar as especificidades desses três campos, alimentando sua articulação por meio de três eixos fundamentais que são a relação entre educação permanente como estratégia fundamental para a recomposição das práticas de atenção, de gestão e do controle social no setor da saúde.

3.6.3 Aspectos Críticos das Iniciativas no Campo da Formação

O SUS tem assumido um papel mais ativo na reorientação das estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde e tem sido capaz de provocar algumas repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender.

Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde, Incentivos às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, Saúde da Família, Profissionalização dos Trabalhadores da área da Enfermagem, entre outros, caminham nessa direção, mas têm de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se o **eixo transformador**, em **estratégias mobilizadoras de recursos e poderes**, em **recursos estruturantes do fortalecimento do SUS** deixando de estar limitados a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de formação e cuidado à saúde.

Todas estas iniciativas propõem ou propiciam processos cooperativos entre as instituições formadoras e o sistema de saúde, no entanto, por se apresentarem de forma múltipla e fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, tal capacidade de impacto sobre as instituições formadoras, no sentido de alimentar os processos de mudança, foi muito limitada. Também foi muito limitada sua capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes no sistema de saúde, já que se manteve a lógica programática das ações e não se conseguiu desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas.

A necessária aproximação da construção da gestão descentralizada do SUS, da atenção integral como acolhida e responsabilidade do conjunto integrado do sistema de saúde e da participação popular com características de formulação política deliberativa sobre o setor ficou relegada à condição de produto secundário.

Nos últimos anos, além do investimento significativo para a capacitação em Saúde da Família, houve também um importante crescimento de outras atividades de capacitação para profissionais de saúde. No âmbito da atenção, as iniciativas, majoritariamente definidas no âmbito central, estiveram por conta das

diversas áreas programáticas (hipertensão, diabetes, tuberculose, AIDS, emergências clínicas e traumáticas, gestação de risco, etc.). No âmbito da gestão, houve três iniciativas mais significativas: Curso dirigido aos Gestores das Unidades Básicas de Saúde, o Curso de Gestão para Secretários Municipais de Saúde e o Curso para Equipes Gestoras. Cada uma dessas iniciativas obedeceu a uma lógica distinta em relação a concepção, metodologia, parceiros e possibilidades de levar em conta as necessidades locais e suas particularidade.

Existe um consenso sobre a atual sobrecarga, repetição e fragmentação dos cursos de capacitação desenvolvidos a partir de uma lógica vertical e programática (temática). No geral, esse processo aumentou a frustração dos profissionais que, ao retornarem aos seus serviços não conseguem “aplicar” o que “aprenderam” ou constatarem que o que “aprenderam” não lhes fornece elementos suficientes para enfrentar as problemáticas da realidade concreta.

O modelo de educação continuada, constituído pelos **Cursos Clássicos** de atualização profissional – com enfoque em temas, que reproduzem a abordagem disciplinar ou das especialidades baseada principalmente na atualização técnico-científica, seja na pedagogia da transmissão e memorização de conhecimentos, seja com a inserção de métodos ativos – acaba por reproduzir todos os vieses negativos da formação tradicional. Além disso, reduzem à falta de conhecimento (domínio cognitivo) toda a explicação para as impossibilidades de transformação das práticas.

Se as **Universidades**, as demais **Instituições Formadoras** e os **Serviços de Saúde** continuarem oferecendo processos educativos centrados nos conteúdos e baseados em abordagem pedagógica tradicional, ao invés de favorecer as mudanças das práticas, da gestão e do controle social em saúde, estarão contribuindo para a reprodução dos modelos hegemônicos.

3.6.4 Alguns Aspectos Conceituais Relevantes

A Formação Tradicional em Saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas e das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com as realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral e cultural das pessoas. Também são incapazes de lidar com questões complexas como a dificuldade de adesão ao tratamento, a autonomia no cuidado, a educação em saúde, o sofrimento da dor, o enfrentamento das perdas e da morte, o direito das pessoas à saúde e à informação ou a necessidade de ampliar a autonomia dos pacientes.

Ainda nos Modelos Tradicionais, o papel do professor é o de estabelecer tudo que o aluno deve aprender, transmitir as informações consideradas relevantes (não necessariamente a partir de critérios baseados na realidade de saúde e dos serviços de saúde) e avaliar a capacidade dos estudantes de reter e reproduzir as informações apresentadas. A teoria é abordada antes da prática no intuito de preparar os estudantes para a aplicação dos conteúdos nos campos de estágio e, futuramente, na sua vida profissional. Essa abordagem pedagógica vem sofrendo forte crítica pela excessiva valorização do conteúdo (que atualmente é fugaz) e pela baixa eficácia (conteúdos distantes da realidade e das necessidades de aprendizagem que levam ao desperdício de tempo, de esforços e à necessidade de requalificação).

No processo de Educação – base da Saúde Pública – encontra-se a atividade humana entendida como **prática**, ou seja, como o **fazer consciente do homem**.

O processo de **consciência** requer inúmeras reflexões e constantemente nos defrontamos com o seguinte aspecto:

- Em que o **fazer humano** pode ser considerado distinto daquilo que fazem os animais irracionais na busca por alimento ou por abrigo???

“[...] justamente porque a prática não ocorre de modo imediato – sem intermediação, requerendo uma decisão consciente, acaba sempre incluindo elementos teóricos” (SCHMIED-KOWARKZIK, 1988, p. 20). Ou seja, implicam em abstração, reflexão, estabelecimento de relações, etc.

É necessário observar a importância do entendimento da *prática* como **atividade que incorpora uma reflexão sobre o mundo, sobre a vida, sobre si mesma** – enquanto parte constitutiva indispensável da *humanidade do homem*.

Acontece que nós, humanos, somos fratura, ruptura, salto qualitativo da natureza para o processo cultural. Somos exilados de nossa condição biológica e da Lei Cósmica que a preside. Perdemos os instintos, no bom e honrado sentido animal da palavra. Somos, sim, animais, mas animais políticos – zoon politikon -, tendo que criar as leis da polis por termos rompido – este é o pecado original – com a Lei que rege o sol, as estrelas, as plantas e os bichos (PELLEGRINO, 1986).

É pela mediação realizada pela consciência que o homem percebe e entende a natureza, os outros homens e a sociedade. É pela incorporação de uma teoria das relações sociais que os homens se relacionam, se reproduzem e reproduzem o mundo em torno de si.

Toda relação de **Educação/Saúde** é, portanto, uma **prática social** que apresenta características históricas e compromissos teóricos/vivenciais que podem ser formais, não formais ou informais.

Esta trajetória da **Educação e Saúde** muitas vezes no desenvolvimento dos Programas de Saúde da Mulher está dividida em classes sociais e o processo de cidadania acaba comprometido e inscrito num conjunto de Leis. Mas isto não basta, pois a lei, pura convenção, é construída geralmente para servir aos interesses dominantes e é igualmente desrespeitada em função destes mesmos interesses.

Assim, para que a cidadania seja garantida em seus direitos básicos, e suas conquistas ampliadas, há que se instituir a reivindicação como um direito. Organizar e manter a organização em torno de reivindicações justas, lutar enfim para que haja respeito ao cidadão por parte de toda a sociedade.

Em suma, pode-se dizer que a cidadania moderna postula a Liberdade do Indivíduo, a Liberdade Jurídica, a Liberdade Política e a Liberdade Econômica. No entanto, tais idéias acabam por encobrir, de fato, as restrições à liberdade individual e as desigualdades reais.

Segundo o conceito moderno de cidadania, reconhecemos não somente a inclusão, mas também denunciemos a exclusão de direitos. Existe um contexto de luta entre interesses diversos, ou uma “luta de classes”, usando a expressão marxista, e nem todos os direitos formalmente garantidos são respeitados na prática.

Não podemos pensar em cidadania se não conhecemos o conceito e processo histórico da mesma.

O conceito de *democracia* surgiu em Atenas, Grécia, por volta do século VI a. C.

Etimologicamente a palavra *demo-cracia* quer dizer *governo do povo*. Ela está associada ao lugar do exercício do poder, refere-se à participação dos cidadãos, dos iguais, nos destinos da *polis* daí a necessidade e a importância da educação para habilitar ao embate político: vence aquele que, com melhores

argumentos e mais habilidade, consegue convencer os demais cidadãos, derrotando o adversário.

Historicamente, este ideal de democracia direta, que não se faz por intermédio de representantes, mas pelo exercício do poder não alienado, nunca se cumpriu de fato. Isto porquê, desde sua origem, a democracia nasce restrita, pois é exercida somente por 10% dos habitantes de Atenas, os cidadãos. E desses, somente alguns conseguem se expressar em público. A mulher, o estrangeiro, a criança e o trabalhador (escravo) não são considerados cidadãos. No regime de escravos, o trabalho é visto como indigno, como um castigo. Por isso, o senhor, o cidadão não trabalha, mas se ocupa apenas da coisa pública, dos destinos da cidade. Separa-se, já na origem da democracia, o homem que pensa do homem que faz, o não-trabalhador do trabalhador.

Assim, a polis grega é o Estado dos homens livres, daqueles que possuem o direito de cidadania, isto é, o direito à proteção das leis, o direito à participação nos destinos políticos, econômicos e militares ou sociais da cidade. Esta participação se dá através do voto nas assembléias (participação direta e não representativa), ou do desempenho de funções públicas diretamente ligadas à organização democrática.

Apesar de sua independência, o homem livre, que no desempenho de funções públicas e na qualidade de votante participa do governo, tem sido na cidade apenas como cidadão, homem político e não como indivíduo particular. Sua independência 'natural' enquanto indivíduo, está subordinada à autonomia da polis. Portanto, politicamente, o caráter de liberdade dos cidadãos significa a liberdade e a autonomia da polis. É livre na polis o que é comum e nunca o que é particular. Se a cidade perde sua autonomia, deixa de existir o cidadão (SOLIS, 1994, p. 174).

Nas cidades medievais homens não são cidadãos, como são aqueles da polis grega, nem tampouco servos. A primeira conquista medieval de cidadania foi a liberdade: um homem que morasse durante um ano e um dia numa cidade livre, desobrigava-se da servidão. Assim, no final da Idade Média, existe uma comunidade

de homens livres, capazes de participar de um governo real e não apenas do Reino de Deus, capazes de se opor à injustiça e até à servidão.

No Renascimento, por volta do século XV d.C., ocorre uma grande transformação socioeconômica que influi decisivamente na configuração moderna de democracia, cidadania. O feudalismo entra em declínio e desenvolve-se o *mercantilismo* e o *colonialismo*. Esse desenvolvimento econômico estimula inventos e descobertas no plano tecnológico e científico, ampliando-se o poder de manipulação que o homem exerce sobre a natureza.

Assim lançavam-se as bases do *capitalismo*, que surgia como um novo modo de organização da produção, e do *liberalismo*, sua face de sustentação ideológica. Assim, no Renascimento a atividade comercial suplanta as atividades agrícolas, a indústria emergente desenvolve-se com o aparecimento das pequenas e médias manufaturas e as relações servis vão sendo gradativamente substituídas pelo trabalho assalariado.

A sociedade pós-feudal caracteriza-se, pois, por uma nova estrutura econômica (mercantilismo), uma nova estrutura política (o Estado nacional) e uma nova ideologia (mecanicista e liberal). O mercantilismo fortalece e faz ascender a burguesia. Os burgos, principalmente as cidades portuárias, tornam-se o espaço do cidadão, do homem livre.

O século XVI desenvolve um novo humanismo e possibilita a substituição da cultura teocêntrica pela antropocêntrica. O homem passa a ser o centro do mundo, capaz de tomar as rédeas de seu próprio destino. Se por um lado, isto significa autonomia do sujeito, por outro lado, deslança o individualismo.

Entra em cena o homem consciente e senhor do próprio destino, o indivíduo. Neste novo contexto, o da luta de classes, se entrecrocaram duas concepções básicas de política: o liberalismo e o socialismo, além do anarquismo.

Com o advento da sociedade moderna, o indivíduo aparece através de uma relação prevalentemente econômica. Diferentemente da Antigüidade ou da Idade Média onde há uma vinculação prioritariamente política, o indivíduo da cidade moderna surge como o homem do trabalho livre, habitante igualmente de um lugar livre: a cidade. Nelas as relações de trabalho são reguladas pelo contrato e remuneração salarial, ou seja, o indivíduo é considerado como força de trabalho, impessoal, livre, como mercadoria, objeto de compra e venda, como todas as outras coisas da sociedade burguesa.

Depois desta apropriação histórica de cidadania, pensando sobre Educação/Saúde/Programa de Saúde da Mulher, nos perguntamos: afinal, o que é educar para liberdade e autonomia? Qual liberdade e autonomia?

A liberdade pode ser enfocada a partir do ponto de vista da ética, economia, política e dos aspectos jurídicos.

Cabe ainda mencionar duas posições contraditórias a respeito da liberdade, a da liberdade incondicional e da liberdade condicionada:

- Segundo a *concepção de liberdade incondicional*, o homem teria uma liberdade absoluta, podendo escolher ou não um ato, independentemente das forças que o constroem. Nessa concepção, ser livre é ser “incausado”, ou seja, o ato humano não se acha determinado por nenhuma causa exterior à sua própria vontade;
- Para as teorias deterministas, o homem, à semelhança das coisas, sofre tanto constrangimento externo e interno que apenas tem a ilusão

de escolher livremente. Assim, por ser um corpo físico, biológico, por estar sujeito às leis do seu psiquismo, por estar submetido a uma determinada cultura, não tem como não ser como de fato é;

- Uma *visão dialética da liberdade* supera as anteriores, na medida em que entende o ser humano como sendo de início um ser situado e sujeito a múltiplas determinações, mas, visto que é um ser consciente, ao tomar conhecimento da situação em que se encontra inserido e dos obstáculos antepostos, é capaz de agir sobre a realidade, transformando-a.

Desta forma, a questão da liberdade só se resolve no campo prático da ação humana.

A liberdade não é uma dádiva, é uma tarefa de construção de um novo mundo, sempre a partir de uma situação dada e de condições históricas concretas.

Isso tanto vale no campo da ação social, no qual o homem transforma as condições de sua existência coletiva, quanto no âmbito pessoal.

De uma relação de *heteronomia* (*hetero* = diferente, outro; *nomos* = lei), de valores e leis dados por outros, a criança, à medida que cresce, desenvolve a capacidade de perceber racionalmente o mundo; por meio de abstrações e crítica, torna-se capaz também de rever os valores herdados e estabelecer propostas de mudança. Assim, quando adulto, pode ser capaz de passar da heteronomia para a *autonomia* (*auto* = próprio), quando a lei a que obedece não é imposta do exterior, mas ditada pelo próprio sujeito moral. Nesse sentido, somos livres quando capazes de *autodeterminação*.

Mas não se pode confundir autonomia com individualismo, pois o ser moral supõe a responsabilidade (ato ou efeito de responder por seus atos) e a reciprocidade (toda ação é intersubjetiva).

Os empreendimentos do homem são sempre ensaios de liberdade. Ela se encontra na origem e no destino de todos os seus caminhos.

Assim, as emancipações sociais, política e econômica exigem independência, liberdade, autonomia e se efetua como um autodesenvolvimento. Para tanto a formação deve ser empenhada no desenvolvimento integral do ser humano, físico, psíquico e intelectual.

Educação e liberdade são inseparáveis, Por um lado, porque a liberdade não é alguma coisa que é dada, mas uma conquista do homem ao longo do seu amadurecimento, de modo que ele aprende a ser livre. Por outro lado, a educação autêntica só pode ser a educação para a liberdade – e por meio dela – a fim de não se tornar adestramento ou doutrinação. Apesar de todas as conquistas em torno da liberdade, mais do que nunca o homem tem se submetido, em nossa época, a determinações externas. LA BOÉTIE, filósofo do século XVI, se perguntava, perplexo, por que o homem troca a liberdade pela “escravidão voluntária”?

Ora, os descaminhos da liberdade surgem, quando ela é sufocada à revelia do sujeito – caso da escravidão, da prisão injusta, da exploração do trabalho, do governo autoritário – ou quando o próprio homem dela abdica, seja por comodismo, medo ou insegurança.

Todas estas idéias apontam as dificuldades que surgem diante de uma proposta coerente de educação para a liberdade.

Nos Programas de Saúde da Mulher as possibilidades estão sempre direcionadas aos objetivos das metas a serem atingidas e postuladas pelas Políticas de Saúde.

O estabelecimento da Responsabilidade em Rede e as Políticas de Controle Social não apenas devem atender “órgãos afetados” (coração, pulmão, rim, útero, etc.), mas sim, atender com respeitabilidade a integralidade da Saúde e construir uma incorporação ética-política com liberdade e cidadania.

As resolutividade das ações precisam ser maiores do que o Desenho Organizacional e as “Histórias de Vida” apresentadas pelas mulheres, usuárias dos Programas de Saúde da Mulher; precisam ser consideradas e direcionar a pauta de mudanças das Ações e até, quem sabe, reorganizar o Processo de Saúde Pública.

O Controle Social e os Serviços de Saúde Pública não podem permanecer numa esfera piramidal. A participação popular precisa ser potencializada.

Propõe-se, portanto, que os processos de capacitação do pessoal da saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referencial **as necessidades de saúde das pessoas, a gestão setorial e a promoção da saúde** sob todas as suas formas. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central.

É necessária uma mudança das estratégias, da organização e do exercício da atenção que terão que ser construídos na prática concreta das equipes. As demandas para capacitação não se definem a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações dos níveis centrais, mas, a partir dos problemas de organização do trabalho estabelecidos, considerando

a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade. É a partir da **Problematização do Processo** e da **Qualidade de Trabalho em cada Serviço de Saúde** que são identificadas a necessidade de capacitação, garantindo, assim, a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias.

A lógica do Processo de Educação e Saúde deveria ser **descentralizada, ascendente, multiprofissional e transdisciplinar**. Essa abordagem pode promover a democratização das Instituições de Ensino e de Saúde, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, a capacidade docente e o enfrentamento criativo das situações de saúde, tanto do processo Saúde-Doença, vivido pelos usuários das Ações e Serviços de Saúde, como do trabalho em equipe e da melhoria da qualidade do cuidado à saúde, fortalecendo autorias e autonomia crítica e ética.

Desse modo, a formação e a gestão do trabalho em saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas pessoas. São questões com abordagem técnico-políticas e implicam na articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde.

Para ser possível, a Educação/Saúde requerem ações no âmbito da formação técnica, na graduação, na pós-graduação, na organização do trabalho, na interação com as redes de gestão e de serviços de saúde e no controle social.

A articulação entre **Gestores de Saúde** de todos os níveis e as diversas **Instituições Formadoras**, bem como seu compromisso institucional com a proposta da **Educação Permanente**, são elementos fundamentais para que todas essas mudanças tenham o potencial de acontecer.

Para romper a fragmentação que caracterizava as iniciativas de capacitação desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, o primeiro papel articulador

para a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e para o Departamento de Gestão da Educação em Saúde, em particular, deve concretizar-se dentro do próprio Ministério, com outros Ministérios, em particular o da Educação, com as instituições formadoras, com os movimentos sociais, em particular com o movimento estudantil e com os movimentos de educação popular.

Há necessidade de diversificação das ofertas e capacitação pós-graduada de *lato e stricto sensu*, de acordo com as necessidades do Sistema de Saúde. Necessita-se do estímulo para o desenvolvimento de cursos de Especialização e Aperfeiçoamento para diferentes tipos de público do Sistema de Saúde, que poderiam ser modulares ou com períodos de dispersão e concentração, utilizando metodologias ativas de ensino-aprendizagem, presenciais e à distância. O conteúdo desses programas seria construído em parceria com gestores Estaduais e Municipais do SUS.

- *Campo da gestão*: capacitação de secretários municipais e equipes gestoras de sistemas de saúde e capacitação de equipes gestoras de unidades de saúde (hospitalares, básicas e intermediárias). Outros temas a trabalhar: gestão da informação, gestão do trabalho em saúde, vigilância, etc..
- *Campo de atenção*: atendimento pré-hospitalar, atenção de urgência e emergência, internação domiciliar, cirurgia ambulatorial, saúde mental, gestação saudável, etc., à luz da universidade, equidade, integralidade, descentralização, participação popular e controle social.
- *Campo de formação*: educação de profissionais de saúde, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, metodologias de avaliação, gestão de programas de ensino, educação em saúde, etc.

- *Campo do controle social e da intersetorialidade:* formação em Saúde para favorecer a Articulação Intersetorial e o Controle Social a serem oferecidos a públicos variados como trabalhadores do Ministério Público, Profissionais de Comunicação, professores da Educação Básica, Conselheiros de Saúde, Agentes e Lideranças Sociais, etc.

Para obter mudanças na formação de Graduação dos Profissionais de Saúde é necessário obter cooperação técnica, operacional e/ou financeira para as escolas de graduação em Saúde que se dispuserem a entrar em processos de mudança que levem a um trabalho articulado com o Sistema de Saúde e com a população, à adoção de metodologias ativas de Ensino-Aprendizagem e à formação geral, crítica e humanista.

A cooperação técnica cumpre os objetivos de apoiar os processos de **“MUDANÇAS”**, ajudando as escolas ou atores das escolas a terem uma compreensão mais ampla do processo de mudança e de sua condução estratégica. Serve também para alimentar o debate e abrir possibilidades de capacitação em torno de temas importantes para as mudanças, tais como: **Metodologias Ativas de Ensino-Aprendizagem, Metodologias de Avaliação da Aprendizagem, Clínica Ampliada, Trabalho em Equipes Multiprofissionais.**

A Cooperação Financeira tem o objetivo de ampliar os recursos de poder dos grupos condutores da mudança, conferindo-lhes governabilidade para executar ações estratégicas para a construção da mudança em seu território específico.

Para serem elegíveis para a cooperação financeira, as escolas terão que assumir compromissos concretos nas duas linhas anteriores de ação. O processo das ações em massa com as escolas de medicina e enfermagem, deverão estar

abertos à inclusão de escolas de outras carreiras que estejam interessadas e em condições de aderir à proposta de mudança.

Um elemento crítico para as **mudanças** na formação de Graduação, Pós-Graduação e para a implementação da Educação Permanente é a superação das concepções tradicionais de **Educação** e a constituição de uma massa crítica de Professores Universitários e de Profissionais dos Serviços de Saúde capazes de levar adiante práticas inovadoras e ativas, voltadas às realidades vivenciadas e não apenas priorizando o referencial teórico como analogias para o desempenho.

Nos Programas de Saúde a Equipe que desenvolver a proposta, precisa acreditar na importância da questão específica do desenvolvimento pessoal e educação para buscar as questões que persistem ao longo da História:

- Os Programas Educativos podem ajudar a compensar as diferenças entre as pessoas?
- As modificações impostas pelas Políticas de Saúde podem integrar indivíduos à uma Sociedade mais saudável ou apenas insistem em modificar o “habitat” comunitário sem perspectivas de um mundo melhor?

Mais recentemente, no decurso de século XX, surgiram duas correntes de pensamento, que, por sua consistência e coerência, se consolidaram como dois marcos teóricos, dispostos a elucidar os aspectos relacionados com as questões acima mencionadas.

Lembramos que as explicações e soluções propostas para a questão em pauta por estas duas correntes são marcadamente divergentes. Não são opostas ou contrárias, apenas divergentes em alguns pontos, embora fundamentais.

As teorias de Piaget e Vygotsky descrevem as idéias que sustentam a questão específica do desenvolvimento pessoal e educação e, da abordagem destes pensadores, pode-se perceber que existem relevantes afinidades teóricas.

Como interacionista, Piaget admite a presença simultânea e decisiva dos fatores internos e externos no processo de desenvolvimento pessoal do ser humano. Mas, sua posição se tipifica e assume um caráter peculiar a partir do momento em que decide atribuir peso ou poder decisório a estes dois fatores.

Resumidamente, Piaget sustenta que desenvolvimento é um processo necessário, isto é, implica em mudanças globais das pessoas; essas mudanças geralmente tornam-se duradouras e irreversíveis. As mudanças decorrentes do desenvolvimento são universais, isto é, são comuns a todos os membros da espécie humana, independentemente dos conceitos físicos e sociais concretos em que os indivíduos se desenvolvem. Desenvolvimento é um processo natural e espontâneo, fora da consciência e controle da pessoa, paralela e fundamentalmente dirigido por fatores de natureza endógena e individual, apoiados sobre princípios de base biológica. Destas premissas piagetianas, pode-se de imediato perceber que o eminente investigador suíço atribui papel secundário à relação e à interação com outras pessoas como fator explicativo do desenvolvimento.

Uma simples leitura dos escritos de Piaget permite obter uma primeira consequência imediata sobre a sua posição em relação ao papel da educação nos processos de mudança evolutiva do homem: as práticas educativas não tomam parte fundamental ou determinante no desenvolvimento humano. Isto não significa que não seja atribuído a estas práticas um certo papel ou uma certa influência, especialmente no momento em que surgem determinadas aquisições ou conquistas inerentes ao processo evolutivo.

Sobre a influência do ambiente social e da educação, o próprio Piaget assim se pronuncia:

Pode-se comprovar em seguida a sua importância, se levamos em conta que estágios [...] são acelerados ou atrasados na metade das suas idades cronológicas, segundo o ambiente cultural e educativo. Porém, pelo simples fato que os estágios seguem a mesma ordem seqüencial em qualquer ambiente, é o bastante para demonstrar que o ambiente social não pode explicá-las totalmente (PIAGET, 1981).

Assim sendo, pode-se afirmar que Piaget considera a **Educação** como um fato modelador do processo de desenvolvimento, podendo **facilitar** ou **dificultar** as **MUDANÇAS** evolutivas, apenas influenciando no sentido de que estas **mudanças** surjam mais cedo ou mais tarde no tempo.

Concluindo esta questão da relação do Desenvolvimento Pessoal com a Educação, pode-se dizer que o ponto central da teoria de Piaget é que as **mudanças** verificadas nesse processo, afinal de contas, ocorrem independentemente das Práticas Educativas nas quais as pessoas estejam envolvidas.

Já a arquitetura teórica de Vygotsky pode ser resumida em três pontos centrais:

- A necessidade de adotar o método genético ou evolutivo como eixo explicativo das questões psicológicas: Vygotsky sustenta que os processos psicológicos superiores somente podem ser explicados se for estudados a sua gênese e o seu desenvolvimento. Este estudo dos fenômenos psicológicos não pode ficar limitado exclusivamente ao âmbito ontogenético (individual), mas, pelo contrário, deve ser estendido a outras áreas do desenvolvimento, como a da evolução da espécie (filogenético), ou da evolução sócio-cultural.

- A tese de que os processos psicológicos superiores têm uma origem social: Vygotsky defende o caráter prioritário da dimensão social e cultural da consciência e admite o caráter secundário da dimensão individual na formação desta mesma consciência. Isto significa que, todos os processos psicológicos superiores surgem inicialmente na esfera das relações sociais e na forma de processos interpsicológicos ou intermentais (regulados e controlados mediante a interação social com outras pessoas) e que, até um momento posterior em que se transformam em processos individuais, não podem ser efetuado nos planos intrapessoal ou intramental (regulados e controlados a partir do interior do indivíduo).
- A idéia de que as mudanças psicológicas nos processos superiores são mediadas por instrumentos: a relação do ser humano com o meio é sempre uma relação ativa e transformadora. Essa relação é possível graças ao uso de instrumentos intermediários, pelos quais a atividade humana define-se essencialmente como uma atividade instrumental. Entre estes instrumentos, Vygotsky destaca, entre outros, o papel do sistema de signos, os quais funcionam como mediadores e propiciam as emergências psicológicas dos processos superiores típicos do ser humano. Atribui importância a estes instrumentos pelo fato de que estes podem regular a conduta humana de forma ativa e consciente, permitindo ao indivíduo imprimir o seu significado aos signos e não agindo simplesmente de forma passiva e direta aos estímulos físicos exteriores.

Sobre esta questão dos instrumentos, escreve Vygotsky:

Os instrumentos [...] que caracterizam a atividade humana podem ser do tipo físico (as ferramentas que possibilitam que modifiquemos o ambiente) ou do tipo psicológico (os signos ou os sistemas de signos, a linguagem, concretamente, além de outros, como, por exemplo, os sistemas numéricos, os sistemas de representação gráfica e, em geral, todo tipo de sistema convencional) (VYGOTSKY, 1979).

A partir destes três eixos, Vygotsky desenvolve toda a construção de sua teoria, aplicando suas conclusões aos mais diversos campos da realidade humana, tais como o **campo da aprendizagem**, do **desenvolvimento**, da **educação** e outros.

A partir destes princípios e pressupostos vygotiskianos, percebe-se fácil e imediatamente o caráter absolutamente determinante e nuclear que o pesquisador russo atribui à interação com as outras pessoas. Com efeito, Vygotsky sustenta que o desenvolvimento humano:

- Exige a apropriação de instrumentos e signos em um contexto de relação e interação com os outros;
- Não pode se explicar tão somente por fatores de caráter biológico;

O desenvolvimento pessoal é possível porque as pessoas não são objetos passivos ou simples espectadores e juizes do seu desenvolvimento, mas companheiros ativos que ajudam, orientam, planejam e apóiam como agentes ativos do desenvolvimento. Assim escreveu ele:

A participação em atividades [...] em que companheiros mais experientes e capazes culturalmente transmitem – ou tentam transmitir – os instrumentos e os recursos que mediatizam e amplificam as capacidades humanas (isto é, em atividades educativas) é quase imprescindível na explicação do processo de desenvolvimento (VYGOTSKY, 1979).

Dentro deste contexto de idéias é fácil inferir a importância que no desenvolvimento Vygotsky atribui à educação, que por sua natureza é essencialmente social.

No entanto, existem claras e profundas diferenças entre Piaget e Vygotsky. A mais nítida diz respeito à ênfase e à prioridade conferidas, no processo de desenvolvimento humano, aos fatores internos (sobretudo de caráter biológico) e aos fatores externos (de caráter sócio-cultural). Neste ponto, a questão da educação é encarada de maneira bastante diferenciada.

Paradoxalmente, dois interessantes fatos foram constatados:

- Enquanto Vygotsky acentuou o caráter prioritariamente social do desenvolvimento, ele e seus seguidores desenvolveram múltiplos e relevantes estudos sobre aspectos biológicos do desenvolvimento humano. Isto certamente se explica pelo fato de Vygotsky e seus principais seguidores terem formação médica, e por não subestimarem a importância dos fatores biológicos no processo evolutivo do homem;
- Enquanto Piaget atribui um papel relativamente secundário às **Práticas Educativas** em relação ao **processo de desenvolvimento humano**, é impressionante o interesse que sua obra despertou na área da educação, bem como o enorme volume e a grande diversidade de tentativas de aplicação da sua teoria às práticas educativas. Esta influência verificou-se nas mais diversas áreas da atuação educativa e pedagógica, chegando a despertar propostas concretas de trabalho na sala de aula. Este paradoxo parece evidenciar a complexa integração dos fatores internos e externos responsáveis pelo desenvolvimento

humano, os quais, embora atuando de forma diversa, no entanto sempre estão presentes.

3.6.5 Esboço de uma Nova Prática

A nova prática, tal como a entendemos, diz respeito não só à **Prática Educativa**, mas a toda aquela desenvolvida pelos **Profissionais de Saúde**. Significa abrir uma nova diretriz para estes, **com Relação à Atenção à Mulher** e possam normalizar outras formas de trabalho além daquelas já existentes, passíveis de serem transformadas. Olhando-se a sociedade hoje, veremos que novas práticas já se desenvolvem fora das instituições, sob a forma de **Educação Informal** e **Participativa**, não apenas como estratégia, mas concebendo-a em si mesmo como prática inovadora para uma sociedade de classes e hierarquizada.

A participação se realiza em uma **ação** que, desde o momento em que é concebida até seu término, é feita a dois, numa situação em que o **sujeito/ator da ação** é **coletivo**, seja **serviço/clientela**, **profissional/cliente**. Significa um novo tipo de relação paciente x instituição onde as questões referentes ao corpo, e às práticas que sobre ele incidem, passam a emergir: o que se visa, se sente e se pensa em relação ao próprio corpo deve ter seu espaço de expressão assegurado.

Ao **se recusar à onipotência de um saber dominante sobre o outro, sem ouvi-lo, e propor uma investigação conjunta para o conhecimento dessa realidade vivida, permite-se o aparecimento do novo, talvez desconhecido, mas, estabelece-se Novas Práticas em busca de Modelos Alternativos.**

Escutar o que a **Mulher** traz e como ela traz, o que a faz sofrer e incomoda, é condição para que o Profissional de Saúde possa, junto com ela, localizar de que forma seu saber específico pode ser útil. Quando se nega a singularidade de cada indivíduo e a elaboração própria de sua história socialmente vivida, se impede que o contato com os Profissionais de Saúde possa atender às expectativas de quem os procurou.

Supor que se fala pelo outro, nada mais é do que um monólogo sobre si mesmo, onde a fala artificial dos Profissionais de Saúde se impõe sobre o silêncio de quem vivencia o seu próprio saber, não valorizado em nossa sociedade, pois mesmo não sendo um saber elaborado, é a experiência da sua vida; o conhecimento do seu próprio corpo.

No quadro atual, nem a população é atendida e nem os profissionais se satisfazem com o seu trabalho, nega-se à experiência da população com relação ao seu corpo e desqualifica-se o saber do profissional em função das normas de sua eficiência. Há necessidade de abrir-se aos Profissionais de Saúde um espaço para **Reflexão dos Programas** e seus insucessos, de maneira a permitir-lhes avaliar suas práticas, formas de organização e procedimento, para visualização da possibilidade de outras formas de trabalho, capazes de minimizar uma série de dificuldades, seja com relação à qualidade dos serviços, seja com relação à cobertura do atendimento.

3.6.6 A Prática Educativa

Na direção de **novas práticas**, alguns aspectos podem aqui ser destacados, de forma que no conjunto da Saúde da Mulher, a sexualidade e a

reprodução, sejam vistas no contexto das relações sociais, não podendo, portanto, serem desligadas dos papéis que homens e mulheres têm na sociedade de hoje:

- Há necessidade de que o processo **educativo** possibilite a **reflexão** sobre a Saúde e a natureza da nossa sociedade, criando espaço para a troca de idéias sobre saúde, sexualidade, reprodução e condições sociais, onde o conhecimento de valores diferentes, a valorização da experiência de cada um e o respeito às divergências de opiniões possa preencher esse espaço, indo em oposição àqueles que querem normatizar comportamentos sexuais, conferindo-lhes diagnósticos de normal ou patológico, esquecendo-se de sua dimensão humana e afetiva, aspecto este que jamais pode ser esquecido.
- Considerando-se que as pessoas dão significações diversas à sua própria experiência sexual, de acordo com a cultura de uma dada formação social, é necessário que percebam as situações problemáticas e as analisem criticamente. Entende-se que, nesse aspecto, o trabalho em grupo dá oportunidade e facilita a reflexão, pois dilui o poder institucionalizado dos profissionais e procura ampliar o espaço de expressão dos participantes.
- Há necessidade de que, nesse novo espaço, se proponha a devolução ao indivíduo do conhecimento que nele e dele é gerado, para que com este conhecimento ele possa criar e incrementar a sua capacidade de resolver problemas. Neste aspecto a prática educativa e a investigação participativa convergem, enquanto os atores desse processo são sujeitos ativos que se propõem, juntos, ao conhecimento da realidade.

3.6.7 Recomendações para Implantação e Execução

A linha doutrinária que solidifica a elaboração do Programa de Assistência Integral à Saúde da mulher precisaria estabelecer a necessidade do **conhecimento** da **realidade específica** de cada área onde será implantado o Programa e propor diretrizes que permitam a ocupação do espaço institucional dos serviços de saúde, com a **participação** de seus usuários. Traça-se nestas recomendações um plano que viabilize não apenas a implantação e execução das atividades programáticas, mas que também possibilite a assimilação, por parte da Equipe de Saúde, de uma nova forma de abordar e tratar as questões de **Saúde da Mulher**.

Qualificação dos Profissionais da Equipe de Saúde: Sabe-se que o conhecimento referente à sexualidade, reprodução e sobre o corpo da mulher e do homem constituem, em nossa sociedade, “assuntos proibidos”, ainda que no cotidiano estas questões permeiem o desenvolvimento do ser humano.

Até então, as informações e técnicas utilizadas para a sua abordagem são de domínio de grupos especializados, sendo construídas e mantidas por eles.

Ademais, todas as outras questões que envolvem o processo saúde x doença carecem de uma visão integral da mulher e sua condição na sociedade.

Portanto, em qualquer atividade que vise a capacitação de recursos humanos nesse contexto os seguintes aspectos devem ser incluídos:

- Formas de identificação de conceitos, atitudes e comportamentos da população;
- Formas de identificação dos grupos, instituições e lideranças da comunidade;
- Formas de trabalhar com a população;

- Formas de trabalhar com a Equipe de Saúde;
- Identificação de Informações Básicas a serem divulgadas;
- Preparação e utilização de material Educativo e Informativo;
- Definição de **Responsabilidades Educativas** dos Profissionais de Saúde;
- Identificação de oportunidades **Educativas** dentro e fora do **Serviço de Saúde**.

A qualificação deve propiciar ao Profissional de Saúde o desenvolvimento da sua capacidade no **papel de facilitador** junto a grupos de discussão, preparando-o para a investigação participativa, possibilitando emergir do próprio grupo respostas alternativas às situações problema.

Após a qualificação alguns passos se seguem para a implantação:

- Reprodução metodológica da Unidade Executora;
- Trabalho de **reflexão** conjunta entre Profissionais de Saúde e população usuária dos Serviços de Saúde, levando-se em consideração o aspecto fundamental da investigação/ação, já descrito, com o fim de obter conjuntamente uma programação na Unidade de Saúde, grupos e organizações da comunidade e população em geral, no desenvolvimento das ações de **Assistência à Saúde da Mulher**, visando sua participação efetiva no Serviço de Saúde objetivando, desde a facilitação do acesso a esse serviço, até à adequação das práticas desenvolvidas no serviço;
- Criação de uma comissão de apoio, de nível central, para coordenar as **ações educativas** e possibilitar:

- assistência metodológica às unidades executoras;
- discussão das estratégias específicas.

A identificação dos aspectos citados, além de dar subsídios para a definição das atividades educativas a serem desenvolvidas, proporciona a realização de um trabalho voltado para a **REALIDADE** da área de atuação do Serviço de Saúde.

Como sugestão, lista-se a seguir algumas questões cujas respostas permitirão a identificação de conceitos, atitudes e comportamentos da população, relacionados com a Saúde da Mulher:

- 1- O que as pessoas sabem sobre:
 - O corpo e o comportamento das pessoas nas diversas idades (puberdade, adolescência, idade adulta e velhice);
 - As questões sociais, **O CONJUNTO DE RESPONSABILIDADES** no **Processo de Reprodução Humana** e os papéis sexuais do homem e da mulher na sociedade;
 - A anatomia e a fisiologia do corpo da mulher e do homem na sexualidade e reprodução humana;
 - A maternidade, seu significado social; a questão da opção da maternidade, concepção e contracepção;
 - A gravidez, o parto e puerpério;
 - O desenvolvimento e o crescimento; a alimentação no primeiro ano de vida, aleitamento materno;
 - As doenças sexualmente transmitidas;

- O exame ginecológico e a prevenção do câncer da mama e cérvico-uterino.

2- Indagações que devem orientar o processo de identificação:

- Esses aspectos são do conhecimento da Equipe de Saúde? Como são encarados e trabalhados? O que tem sido reforçado ou modificado?
- O Serviço de Saúde merece o crédito da população? O pessoal do serviço é treinado? Qual o tipo de relacionamento entre a Equipe de Saúde e a Comunidade?
- O Serviço de Saúde tem repassado informações e, discutido com as pessoas sobre a importância da sua participação nas ações de Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde da Mulher?
- De que forma a Escola, outros Serviços de Saúde, Parteiras, Farmacêuticos, estão participando dessas ações?
- Qual o envolvimento de Instituições, grupos, lideranças e outros elementos da comunidade nas atividades? Qual o tipo de atuação dessas organizações junto às pessoas sob sua influência?
- Qual o envolvimento dos meios de comunicação? Que tipo de informações tem veiculado? Como as formas de expressão da população (literatura de cordel, música, poesia, teatro) têm sido utilizadas para divulgação de informações sobre Saúde?

As respostas a essas e outras questões poderão ser obtidas através de:

- Entrevistas e contatos com líderes, representantes de grupos informais, benzedeiros, parteiras, padres e outros chefes religiosos,

médicos e outros Profissionais de Saúde da localidade, representantes de Instituições, professores e outros;

- Promoção e participação em reuniões de sindicatos; de associações de classe, recreativas, religiosas; de cooperativas; de extensão rural; de alfabetização; de clubes de mães, de jovens, de mulheres; de professores e outras;
- Promoção dentro da Equipe de Saúde de uma nova abordagem das questões **biológicas e sociais** da Saúde da Mulher.

Estas respostas possibilitarão o cumprimento das etapas fundamentais no processo de implantação do Programa, colocadas aqui de forma esquemática:

- Especificação das Metas do Programa;
- Plano do Procedimento de Investigação;
- Levantamento das Situações Problemáticas;
- Planejamento das Atividades;
- Execução do Programa;
- Avaliação do Processo.

No desenvolvimento das atividades do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher as informações devem referir-se:

- Ao atendimento dos Serviços de Saúde: pré-natal; assistência ao parto e ao puerpério; diagnóstico e tratamento do câncer cérvico-uterino e das doenças sexualmente transmitidas, regulação da fertilidade, etc;
- À importância do pré-natal; à questão da assistência ao parto (locais, formas de acesso e de utilização); à legislação que ampara a gestante que trabalha;

- À importância do aleitamento materno; alimentação no primeiro ano de vida; legislação que ampara a mãe que amamenta;
- À importância do diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino; auto-exame das mamas (técnicas e importância);
- À importância da prevenção, diagnóstico precoce e tratamento das doenças sexualmente transmitidas;
- Aos Riscos e Consequências do Aborto; Métodos de Concepção e Contracepção; Planejamento da Família; e enfoque **BIO/PSICO/SOCIAL DA MULHER** atendida com direcionamento amplo da **REALIDADE** a qual está inserida e não apenas a prática de uma **Política Verticalizada - “Violência Simbólica”**.
- Aos perigos da gestação de alto risco para a mãe e para a criança.

A divulgação dessas e de outras informações poderia se realizar através de:

- Produção de materiais simplificados (cartilhas, folhetos, notas, notícias, etc.);
- Elaboração de informes para sindicatos, igrejas, clubes de serviço, associações e outras instituições. Estes grupos trabalharão estas informações, adaptando-as às pessoas sob sua influência;
- Elaboração, dentro das possibilidades e necessidades, de materiais para veiculação através do rádio, jornal, TV, alto-falante;
- Fornecimento de informações a cantadores, autores de literatura de cordel, poesia, música e teatro, para que eles elaborem as suas mensagens;

- Divulgação de informações à população de forma a que esses assuntos venham a constituir temas de conversas informais; reuniões, discussões e outros eventos dos grupos da comunidade;
- Distribuição de informes e material de apoio aos profissionais de saúde, aos pais, aos professores, aos representantes de associações e grupos da comunidade e população em geral;
- Orientações na consulta e pré-consulta, no Atendimento de Enfermagem e em outras oportunidades de contato com a clientela do Serviço de Saúde;
- Entrevistas e contatos com líderes, representantes dos grupos informais e outros elementos da comunidade;
- Promoção ou participação em reuniões com grupos e Instituições da Comunidade;
- Promoção ou apoio à realização de reportagens, entrevistas, gincanas e concursos sobre o assunto.

A Promoção da Saúde da Mulher dependerá das atividades desenvolvidas pelo Serviço de Saúde e, também, do envolvimento e participação da Comunidade e da Equipe de Saúde na execução destas ações.

Não se pode admitir que a comunidade, numa Programação de Saúde, seja considerada como mera espectadora, ou objeto da Ação de Saúde, ou, também, que as pessoas sejam chamadas a participar apenas quando a programação não deu os resultados esperados. Para que isto seja evitado, propõe-se que a Equipe de Saúde desenvolva as seguintes atividades:

- Promover ou participar de reuniões, visitas e contatos que tenham como objetivo a discussão de aspectos bio-psico-sociais relacionados com a **Saúde da Mulher**;
- Discutir e definir com Grupos e Instituições da Comunidade as formas de melhor participação nas Ações do Programa;
- Promover cursos, treinamentos, reuniões e outros eventos com a participação de especialistas, superiores e outros elementos da comunidade que poderão colaborar mais diretamente nas ações dirigidas aos aspectos bio-psico-sociais da Saúde da Mulher;
- Divulgar o andamento das atividades e os resultados alcançados, pelas ações, em reuniões, em contatos; através dos veículos de comunicação, de relatórios, etc.

3.6.8 Avaliação

O processo de avaliação, ao qual se faz referência neste documento, deverá ser pensado à luz das diretrizes gerais e específicas do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Neste primeiro momento não serão definidos os indicadores de avaliação, chamando-se a atenção apenas para a importância deste processo antes que ocorra a implantação das atividades. Assim, após a implantação haveria um momento em que se promoveria um encontro dos executores para intercâmbio das experiências, análise e discussão dos programas realizados.

Apresenta-se a seguir algumas sugestões para acompanhamento e avaliação das ações:

- Interesse demonstrado pelos grupos, pelas instituições e lideranças nas reuniões, nas discussões, na organização das atividades;
- Cumprimento das responsabilidades assumidas pelos diversos grupos e pessoas envolvidas;
- Melhoria do nível de conhecimento sobre os aspectos bio-psico-sociais da Saúde da Mulher por parte da Comunidade e da Equipe de Saúde;
- **Mudanças** ou adoção de práticas relacionadas com a Prevenção, Proteção e Recuperação da Saúde da Mulher por parte da Comunidade e da Equipe de Saúde.

3.7 Análise Contextual das Políticas Nacionais de Educação em Saúde Pública

3.7.1 Horizontes Ergonômicos das Propostas de Mudanças

Desde a institucionalização do Sistema Único de Saúde a partir da Constituição Federal de 1988, quatro questões sobre a gestão têm sido freqüentemente realçadas como fundamentais para a sua implantação: **a descentralização, o financiamento, o controle social e os recursos humanos.**

De todas elas, a mais complexa e que vem sofrendo o maior processo de desregulamentação dentro da Política de Reforma do Estado no País é a dos Recursos Humanos. Trabalhadores dos diversos níveis de governo e de entidades prestadoras de serviço ao Sistema Único de Saúde (SUS) convivem no mesmo local

de trabalho com direitos e deveres diferenciados, o que é um problema ainda a ser resolvido. É comum a falta de estímulo profissional, os desvios de funções, as duplas ou triplas jornadas de trabalho, a submissão a formas improvisadas e arcaicas de vinculação e gestão, cuja regra é a transgressão à lei, ainda, com poucos ou inexistentes espaços de negociação com seus empregadores.

Os Recursos Humanos no setor Saúde constituem a base para a viabilização e implementação dos projetos, das ações e serviços de Saúde disponíveis para a população. A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substituirá a atuação de um Profissional de Saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção.

Sabe-se que o investimento nos Recursos Humanos irá influenciar decisivamente na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Assegurar que trabalhadores em saúde estejam satisfeitos com o seu processo de trabalho e com o resultado de seu trabalho é um caminho prático e certo para o avanço na implementação do Sistema.

A qualidade da Atenção à Saúde exige formação de pessoal específico, com domínio de tecnologias que qualifiquem a atenção individual e coletiva. Os novos enfoques Teóricos e de Produção Tecnológica no Campo da Saúde passam a exigir novos perfis profissionais. É imprescindível e obrigatório o comprometimento das Instituições de Ensino em todos os níveis, desde o ensino fundamental, com o Sistema Único de Saúde e com o modelo assistencial definido nas Leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, por meio da formulação de **diretrizes curriculares** que contemplem as prioridades que expressam o perfil **epidemiológico e demográficas das regiões do País**; da **implementação de Política** de capacitação de docentes orientada para o SUS; da **Formação de Gestores** capazes de romper com os atuais paradigmas

de gestão; e de **garantia de recursos** necessários ao **desenvolvimento do ensino, pesquisa e extensão**. Esta formação deverá se dar, prioritariamente, nas Instituições Públicas de Ensino.

Em 1998 o tema da **Qualificação Profissional** ganhou uma dimensão nova no âmbito do Ministério da Saúde. O tema da Qualificação no nível técnico da Equipe de Enfermagem foi pinçado do rol de problemas de recursos humanos em Saúde, a partir de uma demanda histórica da área. O diagnóstico de que esta questão não preocupava apenas parte da Gestão, mas se colocava para todos os Níveis do Sistema, em maior ou menor grau, transformou a qualificação de Nível Técnico da Saúde definitivamente em Metas prioritárias a serem trabalhadas.

3.7.2 Caminhos estratégicos Organizacionais Previstos para o Brasil: A Longa Caminhada e o Perfil Político de uma Nova Estratégia

Para a organização das Políticas de Educação na área de Saúde há um direcionamento específico estruturado e redefinido previsto para o País (Brasil) com requalificação e práticas novas de Educação na Área de Saúde (Abril – 2003 – OPAS – Ministério da Saúde) através da criação da **Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**; o Ministério da Saúde assume seu papel de Gestor Federal do SUS no que diz respeito à formulação das Políticas de Saúde orientadas da formação, distribuição e gestão dos trabalhadores de Saúde no Brasil.

O Departamento de Gestão da Educação na Saúde é responsável pela proposição e formulação das Políticas relativas à Formação e Educação Permanente dos Trabalhadores de Saúde em todos os níveis de escolaridades e à capacitação

de profissionais de outras áreas e da população para favorecer a Articulação Intersetorial e o Controle Social.

Organizado em três coordenações - Educação Técnica, Superior e Popular – o Departamento pretende trabalhar as especificidades destes três campos, alimentando sua articulação através de três eixos fundamentais que são a relação entre Educação e Trabalho, a Mudança na Formação e a Produção de Conhecimento e da Adoção da Educação Permanente como estratégia fundamental para a recomposição das Práticas de Atenção, de Gestão e do Controle Social.

Historicamente, a relação entre a Universidade (mundo do ensino) e o sistema de Saúde (gestão, serviços e controle social) tem produzido movimentos contraditórios de reprodução e de transformação da **Realidade Social**. Estas contradições variam entre os extremos da formação de indivíduos adaptados às lógicas e concepções dominantes no mercado de trabalho e de sujeitos críticos, ativos, éticos, responsáveis, compromissados com o direito das pessoas e capazes de transformar a realidade.

Atualmente, face à necessidade de mudanças profundas nos referenciais que orientam o **Ensino** e o **Trabalho em Saúde**, ambos os campos se encontram desafiados em sua missão e capacidade de produzir resultados.

A **MUDANÇA** das **Instituições Formadoras** (Universidades, Escolas Técnicas, Escolas de Saúde Pública e outros) é um fator crítico para a transformação das práticas e construção do SUS, uma vez que seu papel é fundamental na formação dos Profissionais de Saúde, na Educação dos Profissionais de Saúde inseridos no mercado de trabalho, na prestação de Serviços de Saúde, na Pesquisa e Produção de Conhecimentos para a Atenção, a Gestão e o fortalecimento do Controle Social.

Torna-se necessária a **transformação** do lugar **social** ocupado pela **Universidade**, de suas relações de cooperação, de suas prioridades de ação, sua relevância social. Este será um processo complexo e conflituoso, que necessitará do concurso ativo dos distintos segmentos sociais interessados na **mudança**. Esta mesma perspectiva de transformação se apresenta como necessária para as **Instituições Formadoras de Profissionais de Nível Técnico**.

Além da definição constitucional que diz caber ao SUS o ordenamento da formação dos profissionais de saúde, há outras razões para que a **mudança** e a **inovação** na Universidade e, em especial, no processo de formação profissional, tenham que fazer parte da agenda de atuação dos gestores do SUS em todo os seus âmbitos.

Embora haja um forte consenso sobre as inadequações dos modelos hegemônicos de formação e de organização dos Serviços de Saúde e um forte crescimento do investimento em capacitação dos Profissionais de Saúde, as iniciativas e incentivos no sentido da transformação dessas práticas ainda são limitadas e enfrentam grandes desafios.

As Instituições Brasileiras de Ensino Superior, particularmente as Escolas Médicas e de Enfermagem, têm se mostrado de algum modo sensíveis à necessidade de transformação do processo de formação. Isto se comprova pela existência de vigorosos **movimentos em prol da mudança** e por sua adesão aos Programas de Incentivos.

No entanto, para construir cenários favoráveis à mudança, para que ela seja generalizada e sustentável, não bastam ações internas às Instituições, pois há potentes fatores externos que influem diretamente na organização das práticas profissionais, na conformação do perfil profissional, na orientação das linhas de

investigação e que interferem claramente na possibilidade de mudar. São necessárias, então, ações estratégicas no Plano das Políticas.

Neste campo, ocupa papel central a Reorganização da Gestão Setorial, dos desenhos da Atenção à Saúde e permeabilidade à participação social. É indispensável a superação do modelo centrado no hospital, na atenção médica especializada, no consumo intensivo de tecnologia e na fragilidade das relações entre profissionais e população por razões de eficiência, de eficácia, de equidade e de satisfação do usuário. Este processo de superação passa, necessariamente, por uma reorientação do financiamento das Ações de Saúde e das modalidades em que ele opera, mobilizando recursos em proporções muito mais significativas para fortalecer e ampliar as estratégias inovadoras. Essa reorientação será fundamental para criar um mercado de **trabalho real**, capaz de absorver dignamente profissionais com o desejado perfil de formação.

A **Reorganização da Gestão** e da **Atenção** e a **Reorientação da Formação Profissional** vão implicar **MUDANÇAS** no papel **Social** das várias especialidades e, portanto, nas relações de poder dentro das várias categorias profissionais. Isso certamente não vai acontecer sem conflitos e tensões. Haverá embates inevitáveis e há que se preparar para enfrentá-los.

Em nosso País a Saúde é o único setor que vem sendo submetido a um significativo processo democrático de reforma, protagonizado por importantes segmentos Sociais e Políticos, cuja ação é fundamental desde o movimento pela Reforma Sanitária e a proposta e concretização do SUS. Por essa razão, as várias instâncias do SUS cumprem, ou deveriam cumprir, um papel indutor no sentido das **mudanças**, tanto no Campo das Práticas de Saúde como no Campo da Formação Profissional.

Para tanto é importante redefinir e ampliar o espaço de interação entre **Universidades e Sistema de Saúde**, de modo a inserir a questão da mudança da Universidade nos compromissos das diferentes instâncias do SUS e a inserir a Reforma Sanitária na agenda das Instituições Formadoras. Mais que propor, é fundamental um agir politicamente, em termos Nacionais e Regionais, para facilitar e estimular esse processo de interação.

É fundamental estabelecer mecanismos que favoreçam a coerência entre as Políticas de Saúde e de Educação, envolvendo desde a criação de linhas de apoio à investigação voltada a realidade do SUS e da população, à Política de Bolsas e de estímulo à especialização de acordo com as necessidades de transformação da formação. No campo da formação profissional, pensar a formação como um todo, quer dizer, articular graduação e pós-graduação em suas várias modalidades; no campo da formação da técnica, pensar sobretudo sua articulação com o mundo do trabalho. Desta maneira, reunir elementos que possibilitem a formulação de uma **Política Articulada** para formação dos Profissionais de Saúde, que mobilize recursos da Saúde e da Educação em sua implementação.

É preciso definir o papel da Especialização na Formação Profissional e suas relações com a Graduação, a Pós-Graduação e a Educação Permanente; definir o perfil e as Competências Profissionais desejados em cada área de acordo com necessidades de Saúde e as características do Sistema de Atenção: definir os critérios e mecanismos para a especialização dos trabalhadores técnicos: definir os critérios para a determinação do número de vagas para especialização em cada área, levando em conta as características dos mercados, os interesses profissionais e os da população, além de construir claramente as possibilidades do Estado cumprir seu papel regulador.

A formulação de uma Política de Formação e de Gestão e Desenvolvimento dos Trabalhadores de Saúde no País é uma necessidade premente. Sua construção deve ser feita em um **Processo Político**, que deve contar com a participação dos **movimentos por mudança** e de todos os atores interessados (Universidades, Instituições Formadoras, Associações de Ensino, Associações Profissionais dentre outros), de modo a possibilitar a mobilização de poderes e a negociação de distintos interesses à luz das necessidades Sociais de Saúde.

No campo da Formação dos Trabalhadores de Nível Técnico deve-se considerar a ampla variedade de instituições responsáveis pela formação dos profissionais para o SUS. A Rede de Escolas Técnicas do SUS deve ser reforçada para ampliar o quantitativo de profissionais formados e a oferta de programas em áreas identificadas como prioritárias do SUS.

É preciso pensar a formação para todos os profissionais, articulando requalificação e construção de Novas Práticas de Saúde e de Gestão na perspectiva da **Educação Permanente**. É preciso superar a fragmentação das iniciativas e avançar na coerência de metodologias, processos e propósitos.

No campo da Educação Popular e dos demais profissionais que atuam em interface com o Campo da Saúde é preciso reunir elementos para enfrentar o desafio inovador de construir uma **Política** para a capacitação de segmentos heterogêneos, que deve pensar Saúde em Articulação com outros elementos importantes para a qualidade de vida e o Controle Social.

O Ministério da Saúde e a Secretaria da Gestão da Educação em Saúde devem ser a instância de fomento e articulação desta Política em seus vários aspectos, responsabilizando-se por ações estratégicas que impulsionem a mudança

e a construção de perfis de capacitação alicerçados no SUS. Devem também protagonizar um processo de descentralização do debate Político acerca da Formação e Desenvolvimento dos Profissionais de Saúde e dos recursos para estas ações, de modo que seja possível considerar a diversidade das regiões e localidades e dos processos de gestão dos serviços de saúde nos diferentes contextos, assegurar a aprendizagem significativa que articule **trabalho e ensino** nas estratégias de Educação Permanente. Somente assim será possível efetivamente aproximar o **SUS** da **perspectiva de Mudança, de Transformação das Práticas, da Gestão e do Controle Social em Saúde**.

3.7.3 Alguns Aspectos Conceituais Relevantes

A formação tradicional em Saúde, baseada na organização disciplinar e nas especialidades, conduz ao estudo fragmentado dos problemas de saúde das pessoas das sociedades, levando à formação de especialistas que não conseguem mais lidar com as totalidades ou com realidades complexas. Formam-se profissionais que dominam diversos tipos de tecnologias, mas cada vez mais incapazes de lidar com a subjetividade e a diversidade moral e cultural das pessoas e com questões complexas.

Ainda nos modelos tradicionais, o papel do professor é o de estabelecer tudo que o aluno deve aprender, transmitir as informações consideradas relevantes (não necessariamente a partir de critérios baseados na Realidade de Saúde e dos Serviços de Saúde) e avaliar a capacidade dos estudantes de reter e reproduzir as informações apresentadas. A teoria é abordada antes da prática no intuito de

preparar os estudantes para a aplicação dos conteúdos nos campos de estágio e, futuramente, na sua vida profissional. Esta abordagem pedagógica vem sofrendo forte crítica pela excessiva valorização do conteúdo (que atualmente é fugaz) e pela baixa eficácia (conteúdos distantes da realidade e das necessidades de aprendizagem que levam ao desperdício de tempo, de esforços e à necessidade de Requalificação).

❖ **Aprendizagem significativa**

Em contraposição, a concepção pedagógica fundamentada na aprendizagem significativa requer articulação dos papéis da academia, dos Órgãos/Setores Gestores dos Serviços de Saúde e das instâncias do Controle Social, sugerindo cooperação na seleção dos conteúdos, na produção de conhecimentos e no desenvolvimento de Competência Profissional.

Na aprendizagem significativa, educador e estudante têm papéis diferentes dos tradicionais. O professor não é mais a fonte principal da informação (conteúdos), mas o facilitador do processo ensino-aprendizagem, que deve estimular o estudante a ter postura ativa, crítica e reflexiva durante o processo de construção do conhecimento. Necessariamente, os conteúdos trabalhados devem ter potencial significativo (funcionalidade e relevância para a prática profissional) e, também, responder a uma significação psicológica, de modo a valorizar elementos pertinentes e relacionáveis dentro da estrutura cognitiva do estudante (conhecimentos prévios). Para que a aprendizagem seja significativa, há que se trabalhar com uma pedagogia diferenciada, que considere cada sujeito com seus potenciais e dificuldades, que

esteja voltada á construção de sentidos, abrindo, assim, caminhos para a transformação e não para a reprodução acrítica da realidade social.

❖ Educação Permanente

No mundo do trabalho, a responsabilidade dos Serviços de Saúde no processo de transformação das Práticas Profissionais e das Estratégias de Organização da Atenção à Saúde, levou ao desenvolvimento da proposta da educação permanente, considerada um recurso estratégico para a Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde.

A Educação Permanente também parte do pressuposto da aprendizagem significativa e propõe que a transformação das Práticas Profissionais deva estar baseada na **reflexão crítica** sobre as práticas reais de profissionais, **reais em ação na rede de serviços**. Propõe-se, portanto, que os processos de Capacitação do Pessoal da Saúde sejam estruturados a partir da problematização do seu processo de trabalho e que tenham como objetivos a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referencial as necessidades de saúde das pessoas, da Gestão Setorial e da Promoção e Vigilância á Saúde. A atualização técnico-científica é apenas um dos aspectos da transformação das práticas e não seu foco central.

Assim, na proposta da Educação Permanente, a **mudança das estratégias**, da organização e do exercido da atenção terá que ser construída na prática concreta das equipes. As demandas para capacitação não se definem a partir de uma lista de necessidades individuais de atualização, nem das orientações

dos níveis centrais, mas sim a partir dos problemas de organização do trabalho, considerando a necessidade de prestar atenção relevante e de qualidade. E a partir da problematização do processo e da qualidade de trabalho em cada Serviço de Saúde que são identificadas às necessidades de capacitação, garantindo, assim, a aplicabilidade e a relevância dos conteúdos e tecnologias estabelecidos.

A lógica da Educação Permanente é **descentralizada, ascendente e transdisciplinar**. Esta abordagem pode promover a democratização da instituição, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem, da capacidade de docência e de enfrentamento criativo das situações de Saúde, de Trabalhar em Equipe, a melhoria da qualidade do cuidado à saúde, bem como a constituição de sujeitos ativos, críticos e éticos.

Deste modo, a Formação e a Gestão do Trabalho em Saúde não podem ser consideradas questões simplesmente técnicas, já que envolvem **mudanças nas relações**, nos processos, nos produtos e principalmente nas pessoas. São questões Técnico-Políticas e implicam a articulação de **ações para dentro e para fora** das Instituições de Saúde. Para ser possível, a Educação Permanente requer ações no âmbito da Formação Técnica, da Graduação, da Pós-Graduação, da Organização do Trabalho, da interação com as Redes de Gestão e Serviços de Saúde e do Controle Social.

3.7.4 Aspectos Críticos das iniciativas no Campo da Formação

O SUS tem assumido um papel mais ativo na Reorientação das Estratégias e modos de cuidar, tratar e acompanhar a Saúde e sido capaz de

provocar algumas repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender.

Programas como os de Interiorização do Trabalho em Saúde, Incentivos às Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina, Saúde da Família, PROFAE - entre outros - caminham nesta direção, mas têm de enfrentar, em sua própria concepção e desenvolvimento, o desafio de constituir-se em eixo transformador, em estratégias mobilizadoras de recursos e poderes, deixando de estar limitados a introduzir mudanças pontuais nos modelos hegemônicos de Formação e Cuidado à Saúde.

Todas estas iniciativas propõem ou propiciam processos cooperativos entre as Universidades e Instituições Formadoras e o Sistema de Saúde. No entanto, por se apresentarem de forma múltipla e fragmentada e corresponderem a orientações conceituais heterogêneas, sua capacidade de impacto sobre a Universidade e as Instituições Formadoras, no sentido de alimentar os **processos de mudança**, foi muito limitada. Também foi muito limitada sua capacidade de promover mudanças nas práticas dominantes no Sistema de Saúde, já que se manteve a lógica programática das ações e não se conseguiu desafiar os distintos atores para uma postura de mudança e problematização de suas próprias práticas.

❖ **As múltiplas iniciativas de capacitação**

No governo anterior, além do investimento significativo para capacitação em Saúde da Família, houve também um importante crescimento de outras atividades de capacitação para Profissionais da Saúde.

O modelo de Educação Continuada, constituído pelos cursos clássicos de

atualização profissional - com enfoque em temas, que reproduzem a abordagem disciplinar ou das especialidades (conteúdos fragmentados), baseados principalmente na atualização técnica-científica, seja na pedagogia da transmissão e memorização de conhecimentos, seja com a inserção de métodos ativos - acaba por reproduzir todos os vieses negativos da formação tradicional. Além disto, reduzem a falta de conhecimento (domínio cognitivo) e toda a explicação para as impossibilidades de transformação das práticas.

Associar estratégias inovadoras no âmbito da Atenção ou da Gestão com os pressupostos da Educação Continuada representa acelerar por um lado e frear por outro. Se a Universidade, as demais Instituições Formadoras e os Serviços de Saúde continuarem oferecendo processos educativos centrados nos conteúdos e baseados em Abordagem Pedagógica Tradicional, ao invés de favorecer as **mudanças das práticas**, da **Gestão** e do **Controle Social** em **Saúde** estarão contribuindo para a reprodução dos **modelos hegemônicos**.

Os Pólos de Capacitação de modo geral não fizeram esta discussão de maneira satisfatória e, em muitos casos, reproduziram conteúdos clássicos da Saúde Pública e Práticas Pedagógicas tradicionais nas suas diversas modalidades de capacitação. De qualquer modo, nenhuma das iniciativas propiciou um debate organizado dentro das Universidades e Instituições formadoras a respeito das concepções de Educação, das Práticas de Saúde e das Práticas Gerenciais.

❖ A Longa Caminhada e a Dinâmica de Mobilização

Cada uma destas iniciativas mobilizou segmentos distintos das

Universidades, Instituições Formadoras e dos Serviços de Saúde e estabeleceram distintas dinâmicas de interação. O PROFAE mobilizou docentes das Faculdades de Enfermagem, Escolas Técnicas e Enfermeiras dos Serviços de Saúde; apesar disso, construiu um modelo de gestão descentralizada que propiciou importante capilaridade de conceitos e ações.

Os Cursos de Gestão, em alguns casos mobilizaram Núcleos de Saúde Coletiva, em outros os Departamentos de Saúde Coletiva/Medicina Preventiva e Social. Oferecidos de acordo com a demanda das Secretarias Municipais de Saúde e contava com equipe própria de instrutores, que se articulava localmente com as Instituições Formadoras.

Os Cursos de Gestão, dirigidos aos Secretários Municipais e às Equipes Gestoras, foram iniciativas que partiram do Ministério, mas contaram com a participação de Estados e Municípios para suas definições. No caso das Equipes Gestoras houve também a constituição de Comitês de Gestão (Nacional e Estaduais) que possibilitaram uma flexibilização de conteúdos de acordo com as **Realidades Focais**.

Os Pólos de Capacitação em Saúde da Família, em geral, mobilizaram Escolas de Medicina e de Enfermagem, particularmente professores dos Departamentos de Saúde Coletiva/Medicina Preventiva e Social e sobretudo as Secretarias Estaduais de Saúde, que cumpriam papel decisivo na definição das dinâmicas do trabalho. Apesar de favorecerem a articulação de Instituições Regionais e Locais, predominaram **mecanismos verticais de definição programática**.

O Programa da Medicina (PROMED) mobilizou as Escolas de Medicina, em seus vários Departamentos e também seu Núcleo Diretor e as Secretarias

Municipais de Saúde. Apesar da orientação do programa, a construção dos projetos quase sempre ficou **circunscrita às faculdades**.

O Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS) mobilizou pessoas de Departamentos de Saúde Coletiva/Medicina Preventiva e Social, bem como Profissionais da Rede de Serviços de Saúde e das Secretarias Estaduais e das Prefeituras Municipais.

Se todas estas iniciativas são encaradas como tarefas a cumprir (capacitações serem executadas), esta fragmentação da interlocução pode não ser vista como problema. No entanto, se considerarmos os processos de cooperação com as Universidades e Instituições Formadoras como parte de uma intervenção estratégica que favoreça sua mudança, o assunto tem que ser tratado de outra maneira.

Uma **proposta de ação estratégica**, que contribua para transformar a Universidade e as Instituições Formadoras e também o Sistema de Saúde, implica trabalho articulado entre Sistema de Saúde (em seus vários níveis de gestão), Universidades e Instituições Formadoras. Esta articulação, vale mencionar, é um princípio essencial para a construção das novas alternativas, uma vez que nenhum dos parceiros detém todas as ferramentas necessárias para inovar a Formação dos Profissionais e as Práticas de Saúde, de Gestão e Controle Social.

Para responder às expectativas de **MUDANÇA**, as relações entre Sistema de Saúde e Sistema de Ensino têm que estar baseadas em ações que levem a uma **REFLEXÃO CRÍTICA** sobre as práticas tradicionais de Ensino que estruturam e fundamentam o **Processo Laboral** determinado pelas **Políticas Nacionais de Saúde Pública**, abordado nesta tese, especificamente, no contexto de **PROGRAMA DE SAÚDE DA MULHER**, com enfoque direcionado para a “**Violência**

Simbólica” relacionada com as **Interferências em Reprodução Humana** no **Universo Feminino** e que desencadeiam na Equipe de Saúde Pública, **ESTRESSES**, resultantes de **Carga Cognitiva**.

Além disso, a cooperação tem que ser construída sobre novas bases, pois são necessárias relações mais horizontais, de dupla mão, em que as demandas do Sistema de Saúde sejam realmente levadas em conta pelas Universidades e Instituições Formadoras, em que as decisões sejam tomadas em conjunto e existam ganhos concretos para todos os parceiros.

3.7.5 Como se Constroem as MUDANÇAS

É importante reconhecer a complexidade das mudanças necessárias, já que implicam a transformação não somente de concepções e práticas, mas também de relações de poder dentro das Universidades, Instituições Formadoras, dos Serviços e do Sistema de Saúde como um todo.

Como será então o processo necessário para promover a MUDANÇA das estratégias de Organização da Atenção e da Gestão do Sistema de Saúde?

Há elementos de Política e de Financiamento do Setor Saúde que cumprem um papel fundamental na criação de condições favoráveis para essa transformação. Assim, a disponibilidade de recursos para financiar e estimular a constituição de Equipes de Saúde da Família, a possibilidade de contratação regular das equipes, bem como a efetiva articulação entre a Atenção Básica e os demais níveis de atenção constituem-se em ferramentas poderosas de indução.

No entanto, estas ferramentas têm baixo poder de transformação sobre as

práticas concretas de Saúde, de Gestão e de Controle social. Ou seja, vínculo e responsabilização, trabalho em equipe multiprofissional, maior ênfase na Promoção à Saúde, capacidade de articular Atenção Individual e Coletiva, Gestão Colegiada, Ação Intersetorial, Planejamento Participativo são atributos dos sujeitos que exercem a prática e das relações que desenvolvem entre si. Portanto são **valores** e **conceitos** que têm que ser construídos no espaço concreto de cada Equipe de Saúde e de Gestão em situação. Ou seja, enfrentando os problemas da realidade em uma dinâmica nova, em que novos atores contribuam para desestabilizar as relações tradicionais de poder e saber.

No caso das Equipes de Saúde da Atenção Básica, esses novos atores estratégicos são os Agentes Comunitários de Saúde e a própria População - organizada ou não. No caso das Equipes de Saúde dos Hospitais, os novos atores estratégicos são os profissionais não médicos e os próprios pacientes e suas famílias, No caso da gestão, a constituição de Colegiados de Gestão e a População organizada.

No caso das Universidades, seria necessário instalar um processo de **mudança** no campo de suas relações com o Sistema de Saúde (produção do conhecimento, compromisso com a Educação Permanente), no campo da Formação Profissional (aprendizagem ativa, conteúdos integrados e baseados na realidade, prática em todos os cenários desde o início da carreira) e das Práticas Sanitárias.

No caso das Instituições Formadoras de Profissionais Técnicos o que se pretende é intensificar e qualificar suas relações com os **Serviços de Saúde**, desencadear **Processos de Mudança** em seus **Projetos Políticos e Pedagógicos**, orientados pelas **diretrizes curriculares**, buscando a construção de **currículos orientados por competência**, e a adoção de metodologias ativas de ensino-

aprendizagem. A base das propostas de mudança em questão é a democratização, um produto social que se constrói por meio da intervenção deliberada de sujeitos e que depende da correlação de forças, da **Mudança** dos poderes instituídos e da capacidade de se construírem espaços de poder compartilhado. A mudança institucional, portanto, começa já no próprio processo de construção da proposta de transformação, uma vez que ela deve envolver o maior número possível de professores e alunos, do maior número possível de áreas e departamentos.

É, também, fundamental que a decisão de **Mudar** seja **Institucional**. Neste sentido, a proposta de mudar deve representar um compromisso do núcleo central de poder, da direção da escola. Isto torna possível que se utilize, pelo menos em parte, os recursos de poder necessários para viabilizar a mudança e que se amplie o acesso e a capacidade de mobilização dos professores. Todos esses são elementos fundamentais para minimizar o peso de determinados entraves burocráticos e quebrar as barreiras do Poder Estabelecido.

Pressupõe-se, também, que a condução de um **processo de mudança** seja **estratégica** e leve em conta a necessidade de ativamente acumular poder a favor e diminuir a capacidade de ação das forças contrárias. Por esta mesma razão, as transformações não são definições a priori; devem ser construídas no cotidiano da prática pedagógica e não simplesmente no papel; na prática clínica concreta e não somente “em laboratório” ou “ambientes especiais”; enfim, em todos os cenários onde se dá a prática profissional e pelo enfrentamento dos problemas que se apresentam na realidade.

É indispensável a mobilização de professores e estudantes da Área de Saúde, mas não há estratégias fixas, portanto o mais adequado seria descobrir como levar as pessoas à **reflexão crítica** sobre as **práticas tradicionais** no

contexto laboral de Saúde Pública.

Para superar as concepções hegemônicas dentro dos Processos de Formação é fundamental a participação de atores externos à comunidade interna das Escolas/Universidades e às Corporações Profissionais. Na verdade, “forças externas” às Escolas atuam de maneira muito forte através dos interesses corporativos e de **interesses econômicos** de natureza variada. Estes interesses têm sido determinantes em relação à conformação dos atuais arranjos de poder dentro das Instituições Formadoras.

Os atores do Sistema de Saúde e a População são indispensáveis para mudar a correlação de forças dentro das Escolas. São necessárias Políticas Indutoras, desde o Ministério e as Secretarias Estaduais e Municipais, e participação ativa nas mudanças por parte dos profissionais dos serviços e da população organizada.

O campo de ação privilegiado do Departamento Gestão e Trabalho é exatamente a interface entre **Educação** e **Saúde**. Em alguns casos, a interlocução será entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação. Em outros casos será do SUS com as Universidades, com as demais Instituições Formadoras, com os **Movimentos de Mudança** na Formação e com os Estudantes. Em outros ainda, entre o Ministério da Saúde e entidades profissionais. Em qualquer destes casos, entretanto, cabe à Secretaria o papel de articular as interlocuções.

❖ **Interlocução dentro do Ministério da Saúde**

Para romper a fragmentação que caracterizava as iniciativas de capacitação desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, o primeiro papel articulador para a Secretaria e para o Departamento de Educação na Saúde deve concretizar-se dentro do próprio Ministério. Há necessidade concreta de interfaces com todas as demais Secretarias nas relações que serão estabelecidas com o **MEC**, as **Universidades**, as demais **Instituições Formadoras**, os **Movimentos de Mudança**, as **Entidades Profissionais** etc.

Com a **Secretaria Executiva**, a conformação do sistema (descentralização) e a humanização são temas transversais ao trabalho no campo da Formação Profissional em todos os seus âmbitos. Com a **Secretaria de Atenção à Saúde** há temas a tratar relativos às estratégias de Organização da Atenção (particularmente na Atenção Básica), aos Hospitais Universitários, à Residência Médica, e potencialmente ao Serviço Civil. Com a **Secretaria de Ciência, Tecnologia**, e, **Insumos Estratégicos**, há temas relativos às Políticas de incentivo à produção de conhecimento relevante para o SUS (que são fundamentais para a relação com as Universidades e os HUs). Com a **Secretaria de Gestão Participativa**, a temática da capacitação de conselheiros e dos profissionais que atuam em interface com a **Saúde no Controle Social** e na construção de Políticas Intersetoriais. A Residência Médica, as Políticas de Especialização e a Regulamentação da profissão de Agente Comunitário de Saúde são temas de interface entre os dois departamentos desta Secretaria e que necessariamente precisam ser abordados mais amplamente.

❖ ***Interlocução com Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS)***

Para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde a temática prioritária em relação aos Profissionais de Saúde/ Movimentos de **Mudança** é a da **Gestão** — por conta dos inúmeros e graves problemas enfrentados neta esfera.

No entanto, as Secretarias de Saúde são atores importantes dentro do processo de **Educação dos Profissionais de Saúde**, tanto porque têm um papel a cumprir diretamente no Processo de Formação e na relação com as Instituições Formadoras, como porque sobretudo os Municípios, são fundamentais para a identificação das necessidades de formação e capacitação.

Um dos papéis importantes deste Departamento é contribuir para colocar o compromisso com a **Educação Permanente** e com a mudança da Universidade efetivamente na agenda dos Gestores Estaduais e Municipais do SUS.

A interlocução neste caso seria com CONASS e CONASEMS. Com cada um desses Conselhos, seria necessário trabalhar na construção de um processo de Cooperação Técnica entre o Sistema de Saúde e as Instituições Formadoras e entre as várias instâncias do Sistema de Saúde. Este processo deve ser construído de maneira ascendente e diz respeito às necessidades de cada nível no campo da formação e da produção do conhecimento para a Atenção, para a Gestão e o Controle Social, e também ao papel que caberia a eles diretamente nos processos de Formação (Escolas de Saúde Pública, Escoras Técnicas do SUS, Pólos de Educação Permanente) e em sua articulação com as Instituições de Ensino Superior

e Técnico, professores e estudantes.

Os Pólos de Formação serão um locus importante de articulação em novos moldes de todos esses atores. Uma outra estratégia articuladora poderia ser a promoção de Fóruns Regionais para o estabelecimento de um diálogo organizado entre as Secretarias de Saúde e as Universidades, das Instituições de Formação Técnica e as Escolas de Saúde Pública.

❖ Interlocução com o Conselho Nacional de Saúde e a Comissão Intersetorial de Recursos Humanos

Apesar das limitações com que até então o SUS cumpriu seu papel de ordenador da Formação de Profissionais para a Saúde e o Conselho Nacional de Saúde assumiu no passado algumas intervenções a este respeito.

É participante e ativo o debate acerca da conveniência/necessidade da abertura de novos Cursos Superiores na Área da Saúde. A busca de novas diretrizes para a Educação Técnica e participação de negociações com o MEC a este respeito precisa evoluir rapidamente e evidenciar pressões sobre o MEC e o CNE para que Diretrizes Curriculares para a Educação Superior na Área da Saúde sejam coerentes com as necessidades dos SUS.

❖ Interlocução com Ministério da Educação e Cultura (MEC)

Os compromissos do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação

são extensos para as **Propostas de Mudança** aconteçam. No campo da Educação Superior, estão contidos temas como as **mudanças** na formação, avaliação do Ensino Superior na Área da Saúde, Residência Médica, SUS, Mestrado Profissional, Políticas de Financiamento de Bolsas e de Investigação.

No campo da Educação Técnica estão os temas dos parâmetros curriculares para Formação Profissional (que antes eram trabalhados entre MEC e Promoção da Saúde), da ampliação da ação dos Agentes de Saúde para alguns temas da Educação. No campo da Educação Popular, o tema da Saúde nas Escolas de Ensino Básico e da diversificação de público-alvo em iniciativas de capacitação e especialização.

Alguns temas levantados pelo MEC como relevantes para esta agenda conjunta estão mais na esfera da SAS (Secretaria de Assistência à Saúde) e da Secretaria Executiva, como é o caso dos HUs e da Saúde.

O norte de interlocução na Educação Superior deve ser a implementação das **Diretrizes Curriculares** como estratégia essencial para as mudanças na Graduação, buscando formar profissionais adequados às necessidades do SUS.

Todas as outras questões vêm amarradas com esta e abre uma extensa caminhada de trabalho com vários interlocutores no MEC:

- SESU (Secretaria de Ensino Superior) e INEP (Instituto Nacional de Ensino) - o Sistema de Avaliação (Exame Nacional de cursos e avaliação das condições de Ensino), que deve ser um indutor da implementação das diretrizes na Área da Saúde;
- SESU - os Hospitais Universitários devem deixar de ser o cenário exclusivo das práticas dos estudantes e residentes durante seu processo de formação e devem passar a cumprir papel mais relevante

na prestação de serviços para o SUS e na Educação Permanente dos Profissionais;

- SESU - a avaliação docente deve valorizar as atividades docentes como o trabalho em terreno, a Educação Permanente dos Profissionais dos Serviços de Saúde;
- SESU - a Residência Médica deve estar organizada de modo a potencializar as **mudanças** na graduação e a atender as necessidades de formação de especialistas identificadas pelo Sistema de Saúde e critérios para abertura de vagas por especialidades de acordo com as necessidades do Sistema de Saúde; critérios para credenciamento de Programas de Residência;
- CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) - a produção de conhecimentos relevantes á construção do SUS deve ser valorizada através das Políticas de Incentivo e Avaliação à Produção do Conhecimento;
- CAPES - deve haver uma lógica de articulação entre a Formação Pós-Graduada e a Formação de Graduação; reconhecimento de outras modalidades de formação Pós- Graduada.

❖ **Interlocução e cooperação com a Organização Pan-americana da Saúde**

A Organização Pan Americana da Saúde (OPAS) tem sido e continuará

sendo um parceiro importante na viabilização de muitas estratégias de cooperação e parceria. É necessário estabelecer processo de interlocução contínua para que ocorra a implementação de proposta de ação integrando Comissões de Grupos de Trabalho.

❖ **Interlocução com as Universidades**

A proposta seria uma ação articulada entre as Universidades e o SUS em três campos fundamentais - **Produção de Conhecimento, Formação Profissional e Prestação de Serviços** - de modo a aumentar os compromissos da Universidade com a construção do SUS e com a Saúde da População.

O Ministério da Saúde vinha trabalhando inadequadamente com demandas específicas e pontuais — encomenda de Cursos de Especialização em Gestão, em Saúde da Família; Residências em Saúde da Família; Cursos de Especialização de Gestores e Equipes Gestoras; constituição dos Pólos como instância de articulação para a Saúde da Família; estímulo às Mudanças na Graduação e na Formação Técnica através do PROMED e do PROFAE. De modo geral, estas iniciativas tinham baixo impacto sobre o conjunto da Universidade e sobre suas relações com o Sistema de Saúde.

Há uma Política de Incentivos que articule as ações e os recursos da cooperação do SUS com as Universidades na perspectiva de sua transformação em todos os seguintes campos:

No campo da Produção de Conhecimento há necessidade de uma articulação, junto à Secretaria de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde e

uma Política com recursos para estimular a **produção de conhecimentos** no campo da Formação Profissional e das novas tecnologias de intervenção em Saúde, especialmente na Atenção Básica. É importante que neste contexto ocorram parcerias entre o MEC e o Ministério de Ciência e Tecnologia.

No campo da Prestação de Serviços, articuladamente com a Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), devemos lutar pela reformulação do papel dos HUs no Sistema de Saúde e na Formação dos Profissionais de Saúde. Os compromissos das Universidades com a Interiorização do Trabalho em Saúde também deveriam ser tratados em articulação com a SAS e com a Secretaria Executiva do MS.

No Campo da Formação Profissional a necessidade é mais extensa e profundamente articulada com as definições relativas às estratégias de Organização da Atenção (SAS) e à descentralização do Sistema de Saúde (Secretaria Executiva).

Há compromissos fundamentais a serem trabalhados com as Universidades e o Processo de Educação em Saúde no campo da formação: a Educação Permanente dos Profissionais, tanto no campo da atenção como no campo da gestão, **as mudanças** na Formação de Graduação e Nível Técnico, da Formação de Docentes e da Educação à distância, como uma tecnologia a ser desenvolvida em parceria.

Educação permanente dos profissionais: Campos da Gestão e da Atenção Individual e Coletiva:

- a) **Diversificação das ofertas de formação e capacitação**, Pós-Graduação sensu lato e strictu sensu de acordo com as necessidades do Sistema de Saúde. É necessário um estímulo para o desenvolvimento de cursos de Especialização e Aperfeiçoamento para diferentes tipos de público do Sistema de Saúde, que seriam modulares

ou com períodos de dispersão e concentração, utilizariam metodologias ativas de ensino-aprendizagem, **presenciais** e à **distância**. O Conteúdo destes Programas seria construído em parceria com Gestores Estaduais e Municipais do SUS. *Campo da gestão*: capacitação de Secretários Municipais e Equipes Gestoras de Sistemas de Saúde, capacitação de Equipes Gestoras de Unidades de Saúde (hospitalares, básicas). Outros temas a trabalhar: Gestão da Informação, Gestão do Trabalho em Saúde, Vigilância Sanitária etc.

- *Campo da Atenção*: atendimento pré-hospitalar, Atenção de Urgência e Emergência, internação domiciliar, Cirurgia Ambulatorial, Saúde Mental etc.
- *Campo da Formação*: Educação de Profissionais de Saúde, metodologias ativas de ensino-aprendizagem, metodologias de avaliação, Gestão de Programas de Ensino etc.
- *Campo do Controle Social e da Intersetorialidade*: formação em Saúde para favorecer a Articulação Intersetorial e o Controle Social a ser oferecida a públicos variados como trabalhadores do Ministério Público, profissionais de comunicação, professores da Educação Básica, Conselheiros de Saúde etc.;

b) Pólos de Educação Permanente

Os Pólos de Capacitação em Saúde da Família seriam ampliados e teriam a natureza de sua função modificada. Seriam núcleos de articulação entre

Universidades e Gestores Municipais e Estaduais do SUS, envolvendo a participação de equipes dos Hospitais Universitários, das Universidades em suas áreas de Clínicas Básicas e da Saúde Coletiva, além de profissionais dos serviços com experiência em cada uma dessas áreas.

A Atenção Básica cumpre papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS e no estabelecimento de suas relações com a população. Em todas as suas modalidades de operação deve buscar atenção integral e de qualidade, resolutividade e fortalecimento da autonomia dos cidadãos no cuidado de sua saúde. A Educação Permanente é a proposta mais adequada para trabalhar a construção deste modo de operar o Sistema, pois permite articular Gestão e Formação no enfrentamento dos problemas concretos de cada Equipe de Saúde em seu território de atuação.

Os Pólos, então, trabalhariam com a proposta da Educação Permanente das Equipes de Saúde que atuam na Atenção Básica e buscariam estabelecer a articulação e o diálogo entre atores e saberes da clínica, da Saúde Coletiva e da Gestão. Devem trabalhar os elementos que conferem à Saúde da Família forte capacidade de impacto sobre a Atenção à Saúde e que são essenciais para a superação de limites da formação e das práticas clínicas tradicionais: vínculo, responsabilização, integralidade da atenção, clínica ampliada, conhecimento sobre a realidade, trabalho em equipe multiprofissional, intersetorialidade.

Os Pólos seriam responsáveis também pela Articulação e Gestão da inserção de docentes e estudantes nos cenários de Prática dos Serviços de Saúde, buscando fortalecer e levar para dentro da Graduação os valores acima mencionados.

Ações estratégicas necessárias: estimular e acompanhar a articulação dos

Núcleos Regionais e Locais que conformarão os Pólos; formar os formadores na perspectiva da Educação Permanente (aproveitar a experiência do Larga Escala e PROFAE para formação dos docentes em grande número, utilizando Estratégias de Educação à distância): desenvolver metodologias de avaliação do impacto e eficácia das atividades de formação.

❖ **Mudanças na Formação de Graduação dos Profissionais da Saúde**

Oferecer apoio técnico e financeiro para as Escolas de Graduação em Saúde que se dispuserem a entrar em processos de **MUDANÇA** que levem a um trabalho articulado com o sistema de saúde e a população, à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à formação geral, crítica e humanista.

O apoio técnico cumpre os objetivos de apoiar os **Processos de Mudança**, ajudando as escolas ou atores das escolas a terem uma compreensão mais ampla do processo de mudança e de sua condução estratégica. Serve também para alimentar o debate e abrir possibilidades de capacitação em torno de temas importantes para as mudanças como: metodologias ativas de ensino-aprendizagem, metodologias de avaliação da aprendizagem, clínica ampliada, trabalho em equipes multiprofissionais.

O Apoio Financeiro tem o objetivo de ampliar os recursos de poder dos grupos condutores da mudança, conferindo-lhes governabilidade para executar ações estratégicas para a construção da mudança em seu território específico.

Para serem elegíveis para o Apoio Financeiro, as Escolas teriam que

assumir compromissos concretos nas duas linhas anteriores de ação.

3.8 Considerações sobre o Processo Cognitivo

No interior de uma cultura, aquilo que se tem por realidade objetiva é o produto da atividade Sócio-Cultural que conecta e ativa força e matérias naturais, meios de produção, signos da linguagem e agentes produtivos, num processo de produção que é sua objetividade, ou exteriorização, relativa. Este processo de culturalização das forças naturais, através da criação da **Linguagem** e do **Pensamento**, concomitante ao desenvolvimento da organização produtiva, foi descrito de formas muito diferentes entre si, em inúmeras obras e pesquisas, em especial na Filosofia e nas Ciências Humanas. Citar-se-ia as obras **de Dürkheim, Marx, Nietzsche, Weber, Foucault e Deleuze**, entre outros.

A relatividade da objetividade, o questionamento do postulado fundamental da Ciência, bem como a relatividade da verdade, são temas principais da Epistemologia da Ciência do século XX. Em *As Palavras e as Coisas*, Michel Foucault (1985) mostra as variações dos sistemas cognitivos, científicos e filosóficos, desde a Renascença até o século XIX. Não somente os meios e métodos cognitivos variam, mas também a própria forma de seleção e percepção dos fenômenos e da problemática casual e interpretativa se modifica. Estas modificações dependem essencialmente de sistemas semióticos que estão intrinsecamente ligados aos meios de Produção Social. Karl Popper (1975), em sua obra *O Conhecimento Objetivo*, e outros epistemólogos da Ciência demonstram a dependência da verdade científica aos sistemas lógicos, semióticos e técnicos com

os quais se opera na construção do “conhecimento objetivo”. Thomas Khun (1977) mostra que, a dependência da verdade científica, ou sua objetividade, aos **paradigmas** que dominam a **racionalidade científica** em um dado estágio de desenvolvimento, ao mudarem os **paradigmas**, é a própria **noção de real** que **muda**. A VERDADE é sempre uma aproximação assintótica, infinita, de um objeto que por definição é inatingível em si mesmo, pois que depende da rede semiótica no qual é tornado *objeto* de conhecimento. As teorias se suplantam continuamente, mas, a aproximação com a **Verdade Absoluta** do *objeto*, permanecem estáticas e temporárias. Gaston Bachelard (1983), em Epistemologia, diz que nas Ciências Naturais do século XX, há uma introdução cada vez maior de um racionalismo kantiano contra um empirismo primário do positivismo atomístico e mecanicista do século XIX. Este empirismo acreditava na possibilidade de atingir a *coisa em si*, não fazendo a crítica dos meios lógicos, semióticos e técnicos do conhecimento científico. O racionalismo kantiano, que nega a possibilidade de atingir a coisa *em si* mesma, acompanha o relativismo cognitivo da ciência atual e este é um dos fatos que explicam a vocação interdisciplinar do conhecimento contemporâneo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabe-se que o desenvolvimento da atividade produtiva origina-se de uma lógica na qual os jogos de concorrência ocupam um lugar de destaque. Considera-se que esta atividade, de um modo geral, traz para o ser humano e para a sociedade como um todo, retornos favoráveis na busca de uma satisfação contínua.

Acredita-se também que esta busca de melhores Desempenhos Produtivos gera dentro da própria organização problemas de Ordem Social e Humano que têm por sua vez, conseqüências às vezes menos vantajosas sobre a **vida** comum e a **saúde** das pessoas que ela emprega.

O “homem” é um ser beneficiário da produção e vítima da repetição do mesmo movimento de trabalho.

Encontra-se aqui o paradoxo em virtude do qual os objetivos da produção são, para o mundo exterior à organização, promessa de felicidade, enquanto no seu interior eles freqüentemente, como é preciso reconhecer, promessa de infelicidade.

Vários especialistas preocupados com a Saúde dos Trabalhadores ou com a eficácia das Organizações, gostariam de orientar as ações no sentido de desaparecer o **sofrimento**. Este objetivo é frágil. Primeiramente porque, tão logo é afastado, o sofrimento ressurge e se cristaliza sob outras formas oferecidas pela **realidade**. E logo em seguida porque os trabalhadores investem esforços para lutar contra o sofrimento, e não procuram situações de trabalho sem sofrimento, embora freqüentemente eles as detestem. Não hesitam em enfrentar as dificuldades e a adversidade das situações de trabalho, chegando com freqüência ao Universo dos Desafios, pois a realidade do trabalho é um terreno interessante para jogar com o

sofrimento, na esperança de que este desemboque nas descobertas e nas criações socialmente, e humanamente úteis.

A criatividade confere sentido porque ela traz em contrapartida ao sofrimento, reconhecimento e identidade. E o sentido afasta o sofrimento porque, em contrapartida, a repetição (ressurge o sofrimento) dá acesso a uma história (a experiência de vida) onde cada inovação é diferente das demais. Pelo encadeamento de suas descobertas ou de suas invenções o indivíduo **experimenta** e vai se **transformando**.

Neste contexto a *Pesquisa Participativa* propiciada por esta experiência permitiu a autora propor Macro Mudanças através de várias pontuações estabelecidas pelo resultado deste estudo:

- **Violência Simbólica:** nesta tese a pesquisadora caracterizou como processo de Violência Simbólica as atuações da Equipe de Saúde Pública com relação a pouca valorização das queixas emocionais e afetivas decorrentes do nascimento do novo membro da família, o processo de responsabilidade unilateral do Planejamento Familiar e o volume de informações direcionadas às usuárias do Programa de Saúde da Mulher no período de Pós –Parto.
- **Verticalismo das Ações:** caracterizado pela necessidade acentuada da Equipe de Saúde em atingir o nível produtividade esperado pelo Planejamento das Políticas de Saúde Pública previstas para este seguimento de atuação onde a autora sugere um equacionamento melhor do fator tempo que atenda as propostas financeiras do Programa (Índice de Atendimento/Produtividade) e o estabelecimento de uma Atenção mais humanizada com propostas de priorizar as queixas

relatadas pelas usuárias sem atropelamentos decorrentes das metas de ações previstas para este tipo de atendimento (“Lugar Comum”).

Este ***Novo Modelo de Ações***, pautado nas *Reflexões* do trabalho em Saúde Pública conduz ao *Novo Pensar* pautado no ***Processo de Mudanças*** com novos *Ordenamentos Culturais da Equipe de Saúde Pública* na busca de Sociedade de **DIEITOS DE CIDADANIA** igualitários entre Mulheres e Homens também no Campo da Saúde permitindo redução da Carga Mental/Cognitiva e Emocional vivenciada pela Equipe de Saúde Pública, atenuando o Verticalismo das Ações das Políticas de Saúde Pública reduzindo a Violência Simbólica no Universo Feminino relacionada ao Controle de Reprodução Humana. O ***Novo Olhar das Ações*** decorrentes do Reordenamento Cultural proposto pela autora para a Equipe de Saúde Pública sugere **MACRO MUDANÇA EDUCACIONAL** objetivando a Reorganização do Trabalho na busca de atenuar o ***ESTRESSE*** laboral facilitando uma maior interação com os **INDICADORES SOCIAIS** de estresse abordados pela autora.

Ao explorarmos o Processo de Implantação de Programas da Saúde da Mulher, visualizamos nesta tese série de fatores inter-relacionados:

- ***Cultura Organizacional:*** Sabe-se que as Organizações são dotadas de valores, crenças, normas, regras, procedimentos particulares, que aliados aos individuais (de cada funcionário), formam o que costumamos chamar de Cultura Organizacional. Apesar das peculiaridades que as separam, pode-se dizer, que as maiores diferenças, se comparadas, estão entre as Organizações Públicas e

Privadas. As Organizações Públicas, na sua maioria, são dotadas de um marasmo que há muito, as persegue. O comodismo, a falta de conscientização, o desinteresse por inovações, e a falta de comprometimento são algumas das características que as tem deixado em desvantagem neste mercado globalizado e ágil, que aos poucos vem se consolidando. Todo este clima Organizacional resulta de uma máquina administrativa muitas vezes ineficiente e com resultados pouco expressivos, oriundos de uma Gestão sem visão Sistêmica, onde as partes funcionam como ilhas isoladas. Situados num hemisfério que parece gigantesco e que suas atitudes são pouco aparentes, vê-se um exército de mentes humanas acomodadas, desconhecedoras de seu próprio potencial.

- **Fatores Políticos:** Existe uma forte relação entre este tópico e as Organizações Públicas, já que estas são administradas por representantes eleitos para um determinado período de tempo. As indicações neste caso são uma prática comum e que não se pode negar, isto traz em seu Universo, muitas vezes, chefias não tão qualificadas, o que pode resultar em despreparo funcional e pouco comprometimento com os melhores resultados.

- **Recursos Financeiros:** Este é fator preponderante para que qualquer projeto ou idéia saia do papel, pois de nada adianta, estar previsto nos manuais determinadas tarefas se não forem disponibilizadas as verbas necessárias. O absenteísmo pode também estar relacionado com este

item, na medida em que faltam investimentos. Podem ainda ser citado , dentro de Recursos Financeiros, os baixos salários dos funcionários, motivando-os precariamente a realizarem o trabalho da melhor forma possível e criando uma espécie de compreensão mútua onde não se cobra porque não se oferecem condições para isto. Surge aí uma lacuna que precisa ser amplamente explorada e questionada.

- **Recursos Humanos e Materiais:** Dentro desta linha de recursos, para qualquer Sistema de Controle, é necessário ter disponibilizado pessoal capacitado para desempenhar determinadas funções, precisando contar com equipamentos e materiais adequados. A indisponibilização de tais itens pode ser fator limitante na realização de tarefas e motivador do Absenteísmo.
- **Estrutura Organizacional:** Este fator pode se transformar em causa no sentido de que grandes Organizações, com muita burocracia e grande número de níveis hierárquicos, são pesadas e difíceis de administrar, onde a dispersão pode resultar em Sistemas Independentes, tornando a conexão difícil pela falta de padronização.
- **Comunicação:** A comunicação é elemento essencial em qualquer Organização e esta propicia uma visão mais ampla dos **Universos** que compõe a **Realidade** na busca de um “**Lugar Comum**” onde seja amenizados o potencial da **Carga Cognitiva** e conseqüentemente os **Indicadores de Estresse em Saúde Pública**, particularmente aqui

abordado no **Programa da Saúde da Mulher**, frente às **Interferências** do **Controle da Reprodução Humana**, exercido pela **Equipe de Saúde Pública** onde há evidências de um processo histórico e contínuo da utilização da **“Violência Simbólica”**. Diante disto, a forma pela qual as informações fluem, é de suma importância para que as pessoas estejam engajadas no processo. Se as informações não são divulgadas, se as pessoas desconhecem o que podem ou não fazer, se não há respeito pela “Liberdade de Escolha”, se não houver diálogo suficiente para o maior entendimento do Contexto Social das usuárias, fica limitado o raio de ação, ou seja, podem existir definidos Sistemas de Gerenciamento e estes não serem executados na sua potencialidade ou ainda serem realizados de forma empírica.

- **Legislação:** Em Organizações Públicas, seus Procedimentos e Rotinas são regidos por Normas e Leis Vigentes. Praticamente todos os procedimentos estão previstos em manuais e as normas são legalmente amparadas. A **REFLEXÃO** e o entendimento deste processo, bem como a maior interação com as **POLÍTICAS de SAÚDE PÚBLICA** que estruturam o Sistema Nacional de Saúde redefinem a percepção **REAL** dos **Horizontes Ergonômicos das possibilidades de” MUDANÇA”** como mecanismo alternativo para diminuir ou atenuar a **Carga Mental** vivenciada pela **Equipe de Saúde Pública** cotidianamente no processo laboral.

Após analisar e refletir o contexto de trabalho dos Programas de Saúde da Mulher, fica evidente que a situação de estresse é desencadeada pela **Carga**

Mental/Cognitiva, Psíquica e Emocional do Envolvimento no Trabalho e

constitui-se pelo emaranhado de fatores acima relacionados, onde os horizontes das possibilidades priorizam maiores buscas de Mudanças construtivistas e não deterministas.

Reflete-se nos Serviços de Saúde o modo como as mulheres são tratadas e atendidas na nossa sociedade, Violência Simbólica Social e Cultural, e estas a contextualizam como seres inferiores, passivos, dados para sofrer e reclamar, de condição intelectual menor, gerando um tipo de relação de menosprezo e indiferença diante do que elas trazem e vivenciam. Dá-se por sabido, de antemão, o que é uma mulher e o que ela quer, através do sofrimento e da dor que traz.

A relação das mulheres com o Saber Médico e com os Profissionais de Saúde não lhes tem sido muito favorável e eficaz no que dizer respeito às questões vivenciadas por elas, o que talvez tenha uma explicação histórica.

O surgimento de um novo modo de Organização Social corresponde a um interesse na História da Medicina pelas doenças das Mulheres, significando, num primeiro momento, a inclusão de práticas e saberes até então alheios e fora do conhecimento médico.

Neste processo, as pessoas terão oportunidade de discutir e ampliar seus conhecimentos, definir práticas necessárias à melhoria da Situação de Saúde e agir sobre ela.

No Planejamento da Implantação ou Implementação das Atividades do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, deve-se prever a realização de determinadas ações, com ênfase nos seguintes aspectos:

- Há necessidade de que Profissionais de Saúde Pública e pessoas da comunidade compreendam a importância do seu papel na Promoção,

Proteção e Recuperação da Saúde da Mulher, adotando práticas em harmonia com os Princípios preconizados no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher;

- É importante e necessário que as pessoas conheçam as causas e as conseqüências dos problemas Bio–Psico-Sociais que as atingem, e, as Ações Individuais e Coletivas para Prevenção e Controle destes problemas;
- Há necessidade de que os Profissionais de Saúde, as Instituições e os Grupos da Comunidade reconheçam e assumam as suas responsabilidades no desenvolvimento das atividades do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

Compreendendo desta forma as Ações do Programa, acredita-se que esta Tese tenha estruturado uma proposta que, além dos aspectos operacionais, destaca a maneira pela qual se relacionam a **Mulher** e o **Profissional de Saúde** na nossa sociedade, o que constitui o conteúdo doutrinário que deverá orientar as ações. Neste sentido a análise da situação da Mulher diante do saber médico; das Práticas de Atendimento nos Serviços de Saúde referentes à Assistência à Mulher estimula o esboço de uma Nova Prática pautada numa maior apropriação cognitiva das **Ações Educativas**.

Compreende-se por Ações Educativas aquelas derivadas do processo de Educação em Saúde, desenvolvidas por profissionais deste setor, junto com pessoas e grupos da comunidade e que visam contribuir para a melhoria da Saúde Individual e Coletiva.

A responsabilidade Formadora da Educação em Saúde Pública, exigida pelos Programas de Saúde, “mergulha” os Profissionais da Equipe de Saúde numa imensa diversidade e complexidade de Realidades e Práticas o que reforça a possibilidade de se instituir uma dinâmica de ação, aberta à **mudança** e, portanto, transformadora, na perspectiva de uma concepção de práxis onde **o fazer é fonte, e, destino da teoria.**

A responsabilidade da Equipe de Saúde, evidenciado especificamente neste trabalho ao Programa de Saúde da Mulher, exige uma permanente Reflexão da Ideologia e do Senso Comum, através de uma mediação que busque um entendimento crítico da realidade, porque há uma constante preocupação em desvendar os significados das explicações “prontas”, profundamente comprometida com um projeto histórico de dominação. O olhar auto-suficiente, da certeza da verdade, que se apresenta como objetivo e neutro na busca do conhecimento, constitui-se no mais grave legado da ciência positiva à humanidade. O Senso Comum que se reverencia diante da “certeza científica” abre portas à objetivação e manipulação da natureza e do próprio homem.

A “*Certeza Científica*” e o *Processo de Educação em Atividades de Saúde Pública* resultantes da reflexão de realidades e práticas, defrontam-se ainda com alguns desafios:

- o **Verticalismo** dos Programas de Saúde está enriquecido pelo Sistema Estrutural e não contempla o espaço necessário para a discussão da **Carga Mental – Cognitiva/Psíquica e Emocional** dos trabalhadores que desenvolvem os Programas de Saúde. No entanto, *reestruturar* o TRABALHO e a **Responsabilidade Formadora** desencadeada pelo desenvolvimento dos Programas de Saúde é **compromisso**, pré-

estabelecidos, pelas Políticas de Saúde vigentes no País , motivando a elaboração de Trabalhos Científicos como este, que permitam *Abordagens com Propostas de “MUDANÇA”* para uma nova execução das **Políticas Nacionais de Saúde**.

- Há necessidade de um “*Olhar*” mais abrangente sobre Implantação dos Programas de Saúde e se faz necessário um cuidado mais detalhado com o Profissional que desenvolve os Programas de Saúde, na busca de reduzir a **carga mental** desencadeada pelo processo de envolvimento com as Políticas Sociais que não está contemplado na multiplicidade de objetivos da Educação de Formação dos Trabalhadores da Área de Saúde.
- O processo laboral de execução dos projetos alimenta de um lado às necessidades da Gestão Política de Saúde e, de outro lado, a demanda de Necessidades evidenciadas pelas Comunidades e que muitas vezes está em oposição às Políticas de Saúde vigentes. Neste “campo de forças opostas”, está o trabalhador de Saúde Pública que busca um “ponto comum” de equilíbrio para dar um sentido maior ao seu trabalho, tentando amenizar a divergência entre os pressupostos Básicos da Implantação dos Programas de Saúde e a **realidade comunitária!!!**

O desenrolar das atividades da Equipe de Saúde, frente à Implantação de Programas de Saúde da Mulher, transcorre num plano gradativo envolvido pela riqueza de **“Imagens, Transferência de Idéias, Carga Mental do Trabalho, Banco de Dados da Memória do Trabalho, Memória de Curto e Longo Tempo”** (RICHARD,1990), e envolvidos nesta situação, o trabalhador mergulha no

“Processo de Abstração” onde as *“inferências”* vivenciadas pelo universo laboral em Saúde Pública culmina com reflexos significativos no contexto mental do operador.

Os esforços de constituição de uma Ergonomia Cognitiva, quer dizer, de uma ergonomia que permita compreender a atividade intelectual dos trabalhadores, chocam-se com o esforço de corajosos pesquisadores experimentais para tentar medir a **carga mental** de trabalho. Estes estudos laboratoriais acabaram por demonstrar o óbvio: a atividade intelectual é uma atividade, no sentido de que ela mobiliza o organismo. Mas em termos de carga, o que representa esta mobilização do organismo? Qual a “quantidade” de atividade intelectual que corresponde a uma determinada pessoa?

São perguntas que não têm respostas ou, ainda, que admitem qualquer resposta. Esta é a razão pela qual a **Ergonomia Cognitiva** se preocupa menos em medir a **carga mental** e mais em melhorar as competências do operador e as condições reais de seu exercício. Em termos técnicos, procura-se agir sobre os fatores que se relacionam com a **carga mental**, supondo que a adequação à pessoa dos fatores causais implique numa adequação da carga.

A questão básica está na discussão entre fenômenos quantitativos e qualitativos.

A carga de trabalho é um fenômeno quantitativo, em que pesem as possibilidades de mensurarmos suas manifestações. Em todo o caso, para uma mesma pessoa, estes valores mudam, o que significa que existem, mas não são equacionáveis, o que não traz problema algum para a análise ergonômica, cuja finalidade não é obter o número, mas um resultado em termos de transformação do trabalho e das condições de trabalho.

A realidade de elaboração desta Tese e sua correlação com os **Processos Mentais** de percepção do **Trabalho** permitiram-nos agora pensar, agir e compreender melhor a extensão, a profundidade e a riqueza da mente humana.

Mais estudos são necessários para que se possa acompanhar o processo de Requalificação dos Profissionais da Área de Saúde bem como o reflexo das Mudanças Curriculares pertinentes a esta esfera no contexto da Graduação e Pós-graduação e que no momento já evidenciam estruturas reais de processamento.

A Mente, embora delimitada anatomicamente pela caixa craniana, é a mais Livre das estruturas humanas.

Constatamos que as Imagens produzidas por ela apóiam-se no Concreto e, simultaneamente, refletem o Abstrato.

A riqueza da Mente reafirma a essência humana, flutua em todos os sentidos, desafiando as leis físicas da gravidade, afrontando o futuro, resgatando o passado, remodelando o presente, alinhando as imagens, misturando os fatos, concluindo o inesperado, buscando o existente, transferindo as idéias e ampliando os horizontes. O Processo mental de interpretação da Imagem é capaz de criar um emaranhado de situações, vislumbrando o mais complexo dos pontos e, ao mesmo tempo em que é natural, parece-nos enigmática. A Mente contempla um universo imenso e o homem é incapaz de mensurá-la.

Ao estudarmos o pensamento que estrutura e se relaciona com a CARGA COGNITIVA/ PSÍQUICA e EMOCIONAL, conceituando-o como volátil, deparamo-nos com incríveis formações rochosas e, ao efetuarmos a conversão para analisá-lo, ele se foi... transpôs fronteira, percorreu os mais distantes caminhos terrestres, conheceu galáxias, flutuou no vácuo, representou o vazio, desenhou o geométrico, alinhou figuras, criou linhas, rabiscou tracejados, ligou pontos, desuniu retas, inter cruzou paralelas...

E sempre que acreditamos ter dominado a Mente, considerando-a frágil e manipulável, e ter aprisionado o Pensamento julgando-o dócil, respiramos aliviados, vitoriosos e imensamente prepotentes e neste momento os desenhos dos registros mentais se revelam como o mais turbulento dos vulcões e graciosamente escapam de nossas mãos, fluindo numa fração de segundos, recomeçando tudo de novo, num vai-e-vem encantador, mais infinito do que o próprio infinito e mentalmente tão presente e marcante, porém, absolutamente intocável ...LIVRE LIVRE ... LIVRE ...!!! (A Autora, 2003).

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. Dicionário de Filosofia. **São Paulo: Mestre Jou, 1970.**

ABRAHÃO, J. **Ergonomia:** modelo, método e técnicas. Florianópolis: Abergó, 1993.

ADAMS, R. D.; VICTOR, M. **Manual de Princípios de neurologia.** 4. ed. México: Interamericana, 1994.

AKISKAL, H. S.; MCKINNEY, W.T. Overview of depression: integration of ten conceptual models into a comprehensive clinical frame. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v.32, p. 285-305, 1975.

ALBORNÓZ, S. O que é trabalho. **2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1996. (Coleção Primeiros Passos).**

ALMEIDA FILHO, N.; SANTANA, V. S.; PINHO, A. R. Estudo epidemiológico dos transtornos mentais em uma população de idosos: área urbana de Salvador – Bahia. **J. Bras. Psiqu.** Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 14-24, 1986.

ALMEIDA, J. R. P. História da Instituição Pública no Brasil (1500-1889). **São Paulo: EDUC, 1989.**

ALVES, N.; GARCIA, R. L. A construção do conhecimento e o currículo dos cursos de formação de professores na vivência de um processo. In: **ALVES, N. (Org.).** Formação de professores: pensar e fazer. **5. ed. São Paulo: Cortez, 1995.**

ALVES, R. **Entre a ciência e a sapiência:** o dilema da educação. São Paulo: Edições Loyola, 1999.

_____. **O retorno e terno.** São Paulo: Speculum, 1992.

ANDRADE, R. J. A cultura: o homem como ser no mundo. In: HÜHNE, L. M. (Org.). Fazer filosofia. **Rio de Janeiro: UEPÊ, 1994.**

ANISMAN, H.; DECATANZARO, D.; REMINGTON, G. Escape performance following exposure to inescapable shock: deficits in motor response initiation. J. Exp. Psychol. [Anim. Behav.], London, v. 4, p. 197-218, 1979.

ANISMAN, H.; ZACHARKO, R. M. Depression: the predisposing influence of stress. Behavioral Brain Sciences, Cambridge University Press, Cambridge, v. 5, p. 89-138, 1982.

ANTUNES, C. As inteligências múltiplas e seus estímulos. Campinas, SP: Papyrus, 1998.

_____. **Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho.** São Paulo: Bomtempo, 1999.

ANTUNES, R. As metamorfoses do mundo do trabalho. In: _____. Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez / UNICAMP, 1997.

ARANHA, M. L. A.; MARTINS, M. H. P. Filosofando: introdução à filosofia. São Paulo: Moderna, 1991.

ARBOUSSE-BASTIDE, P. La doctrine de l'éducation universelle dans la philosophie d'Auguste Comte. Paris: Presses Universitaires de France, 1957.

ARENDT, H. A condição humana. 10. ed. Rio e Janeiro: Forense Universitária, 2000.

_____. **Da violência.** Brasília: UnB, 1985. (Coleção Pensamentos Políticos).

ARNAUD, P. Chronologie, introduction et notes. In: COMITE, A. Catéchisme Positiviste. Paris: Garnier-Flammarion, 1996, p. 5-24.

ARONSON, E. The social animal. São Paulo: Ibrasa, 1986.

ARROBA, T. **Pressão no trabalho**: stress: um guia de sobrevivência. São Paulo: McGraw, 1989.

ARRUDA, M. Metodologia da práxis e formação dos trabalhadores. **Rio de Janeiro: PACS, 1988, mimeo.**

ASNIS, G. M. et al. TRH tests in depression. **The lancet**, London, v.1, n. 8165, p. 478-480, 1976.

AZEVEDO, F. **A transmissão da cultura**. 5. ed. São Paulo: Melhoramentos, 1976.

AZEVEDO, F. F. S. **Dicionário analógico da língua portuguesa**: idéias afins.. Brasília: Coordenada/Thesaurus, 1983.

AZEVEDO, J. M. L. **A educação como política pública**. Campinas, SP: Autores Associados, 1997.

BACHELARD, G. **Epistemeologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 7. ed. Lisboa: Edições, 1991.

_____. **Análise do conteúdo**. Portugal: edições 70, 1977.

BARROS, O. B. **Ergonomia**: a eficiência ou rendimento e a filosofia correta de trabalho em odontologia. São Paulo: Pascast, 1991.

BARROS, R. S. M. Ensaio sobre educação. **São Paulo: EDUSP, 1971.**

BARRY, S.; DINAN, T. G. Neuroendocrine challenge tests in depression: a study of growth hormone, TRH and cortisol release. **J. Affective Disord**, Amsterdam, v. 8, p. 229 - 234, 1990.

BASTOS, A. V. B. et al. Significado do trabalho: um estudo entre trabalhadores inseridos em organizações formais. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 6, p. 20-29, nov./dez., 1995.

BAUDELOT, C.; ESTABLET, R. L'école capitaliste en France. **Paris: Maspero, 1976.**

BAUK, D. A. Stress. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 13, n. 50, p. 28-36, 1985.

BECKER, H. S. Métodos de pesquisas em ciências sociais. **São Paulo: Hucittec, 1999.**

BENITO, G. A. V. Ergonomia cognitiva: um referencial de análise na arte do cuidar em enfermagem. **Revista Texto e Contexto Enf.** Florianópolis, v.5, n.1, p.111-129, jan/jun. 1996.

_____. A ergonomia como instrumento no processo de trabalho de Enfermagem. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 4, n. 1, jan./jun. 1995.

_____. **Análise de exigências cognitivas** das atividades do trabalhador de enfermagem. 1994. [66]f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

BERCOT, R. La tôlerie polyvalente: produire c'est dépanner In: DADOY, M. et al. **Les analices du travail, enjeux et forme**, Paris: CEREQ, 1990.

BERGAMINI, C. W. **Motivação**. 2. ed. São Paulo, Atlas, 1989.

_____. **Psicologia aplicada à administração de empresas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1982.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. **A construção social da realidade**: tratado de sociologia do conhecimento. Petrópolis: Vozes, 1998.

BERNARD, C. **Introdution a l'étude de la medecine experimentale**. Paris: Flammarion, 1945.

BERNARDES, C. **Teoria geral das organizações**: os fundamentos da administração integrada. São Paulo: Atlas, 1988.

BERTRAND, M. C. **Personalidade e envelhecimento**: um estudo sobre as diferenças individuais na velhice. 1992. 113 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BIAGGIO, A. **A psicologia do desenvolvimento**. Petrópolis: Vozes, 1983.

BIRCH, P. J.; ANDERSON, S. M. P.; FILLENZ, M. Mild chronic stress leads to desensitization of presynaptic autoreceptors and a long-lasting increase in noradrenaline synthesis in rat cortical synaptosomes. **Neurochemistry International**, Oxford, v. 9, p. 239-336, 1986.

BISSERET. A. Mémoire operationelle et structure de travail. **Bulletin de Psychologie**, 1970.

BLACK, P. H. Central Nervous Immune Interactions. Psychoendocrinology of stress and its immune consequences. **Antimicrobial Agents and Chemotherapy**, Washington DC, v.38, p.1-6, 1994.

BLOOM, B. S. et al. **Taxionomia dos objetivos educacionais**: domínio cognitivo. Porto Alegre: Globo, 1972.

BOFF, L. **Ecologia**: grito da terra, grito dos pobres. São Paulo: Ática, 1995.

_____. **O despertar da água**: o dia-bólico e o sim-bólico na construção da realidade. Petrópolis: Vozes, 1998.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto, 1994.

BOHOSLAVSKI, R. **Orientação vocacional**: a estratégia clínica. São Paulo: Martins Fontes, 1987.

_____. **Vocacional**: teoria, técnica e ideologia. São Paulo: Cortez, 1983.

BONAMIN, L. V. O estresse e as doenças. **Ciência Hoje**, v. 17, n. 99, p. 25-30, 1994.

BONNET, C.; GHIGLIONE, R.; RICHARD, J. F. **Traité de psychologie cognitive**. Paris: Dunod, 1989.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

_____. A economia das trocas simbólicas. **São Paulo: Perspectiva, 1974**.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J. C. A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino. **Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1975**.

BRADENSTEIN, B. V. Acción. In: KRINGS, H.; BAUMGARTNER, H. M.; WILD, C. Conceptos fundamentales de Filosofía. **Barcelona: Editorial Herder, 1977. v. 1**.

BRASIL. **Constituição 1988**: texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 19/98 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, 1988.

BROUHA, L. **Physiology in industry**. Oxford: Pergamon Press, 1961.

BROWAEYS, R.; LEPLAT, J. Étude d'un travail de surveillance. **Bulletin du CERP**, v.6, n. 4, p. 373-8, 1957.

BRUNNER, L. S.; SUDDARTH, D. S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. 2 v.

BULHÕES, Y. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2. ed. Rio de Janeiro: Brasil, 1988.

BURKE, R. J. Issues and implications for healthcare delivery systems: a canadian perspective. In: QUICK, J. C. et al (Ed.). **Work stress: Health Care Systems in the Workplace**. New York: Praeger, 1987.

BUZZI, A. R. **Filosofia para principiantes**: a existência humana no mundo. Petrópolis: Vozes, 1998.

_____. **Introdução ao pensar**: o ser, o conhecimento, a linguagem. 17. ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia**. 11. ed. São Paulo: Ática, 1999.

COLL, C. **Aprendizagem escolar e construção do conhecimento**. Porto Alegre: Artmed, 1994.

_____. (Org.). **Psicologia da Educação**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. **Desenvolvimento psicológico e educação**. Porto Alegre: Artes Medicas, 1996. v. 2.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., **Saúde como Direito**. Brasília: Departamento de Congressos, 1986.

_____. 11., **Efetivando o SUS**: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

FRIGOTTO, G. **Educação e a crise do Capitalismo Real**. São Paulo: Cortez, 1995.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1977.

_____. **Pensamentos e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

_____. Prefácio de “para a crítica da economia política”. 4. ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987.

ROSA, M. **Psicologia evolutiva**. Porto Alegre: Artmed, 1995.

CREMA, R. **Saúde e plenitude**: um caminho para o ser. São Paulo: Summus, 1995.

PATRÍCIO, Z. M. **Ser saudável na felicidade-prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico.** Pelotas: Editora Universitária/UFP, 1996.

CALMON, P. História da civilização brasileira. **6. ed. São Paulo: Cia. Edit. Nacional, 1958.**

CAMPUZANO FILHO, M. El riesgo de morir. In: VIVEROS, M. G. (Org.). **Medicina y sociedad.** México: Fondo de Cultura Económica, 1994.

CANDAU, V. M. **Construir ecossistemas educativos: reinventar a escola.** Nuevamérica. A Revista da Pátria Grande, **Rio de Janeiro, n. 84, p. 16-21, dez. 1999.**

CANNON, W. B. The emergency function of the adrenal medulla in pain and major emotions. **Am. J. of Physiol**, Bethesda, v. 33, p. 356-362, 1914.

CARREL, A. **O homem, esse desconhecido.** Porto: Educação Nacional, 1940.

CARTER, K. C. **A Contemporary introduction to logic.** Beverly Hills: Gleoncoe Press, 1977.

CARVALHO, L. R. As reformas pombalinas da instituição pública. **São Paulo: Saraiva, 1978.**

CASSEL, J. **Psychosocial Processes and “stress”.** Theoretical Formulation. Int. J. Health Serv., 1974.

CAVERNI, J. P., **Psychologie de l’expertise:** psychologie franciase, 1988.

CERDEÑO, A. F. Patología de la relación médico-paciente. In: VIVEROS, M. G. (Org.). **Medicina y sociedad.** México: Fondo de Cultura Económica, 1994.

CHAPANIS, A. **Research techniques in human engineering.** Baltimore: The John Hopkins Press, 1959.

CHAPANIS, A.; GARNER, W. R.; MORGAN, C. T., **Applied Experimental Psychology**, New York: Wiley, 1949.

CHAUÍ, M. Laços do desejo. In: NOVAES, A. (Org.). **O desejo**. 4. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

CHAUÍ, M. O que é ideologia. São Paulo: Brasiliense, 1984.

CHEN, C. J. et al. The influence of blood chemistry on T4 and FT41 in major depression. **J. Affective Disord, Amsterdam**, v.20, p. 159-163, 1990.

CHERNISS, C. **Staff Burnout: Job Stress in the Human Services**. Beverli Hills, CA: Sage, 1980.

CHI, M. T. H.; GLASER, R.; FARR, M. J. **The nature of edxpertise**, New Jersey: L. Erlbaum, 1988.

CHIAVENATO, I. **Gestão de Pessoas**. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CLARK, E. G.; MORSELL; J. A. **Essential Hipertension**: na epidemiological approach, Am. J. Pub. Health, 1952.

CLAVIN, G. **Stress and brain noradrenaline: a review**. Neurosic. Biobehav. Ver., New York, 1985.

COHN, A.; MARSIGLIA, R. G.. Processo e Organização do Trábalo. In: BUSCHINELLI, J. T.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M. **Isto é trabalho de gente?**: vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis, Vozes, 1994.

COMÊNIO, J. A. Didáctica magna: tratado da arte universal do ensinar tudo a todos. 3. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkain, 1985.

COMITE, A. Curso de filosofia Positiva: discurso sobre o espírito positivo Discurso preliminar sobre o conjunto do positivismo; Catecismo positivista. 2. ed. São Paulo: Abril Cultural, 1973. (Série os Pensadores).

COOPER, B.; MORGAN, M. G. **Epidemiologia psiquiátrica**. Madrid: Patronato Nacional de Assistência Psiquiátrica, 1973.

CORNELL, D. G.; MILDEN, R. S.; SHIMP, S. Stressfull life events associated with endogenous depression. **J. Nervous Mental Disord**, v.173, p. 470-476, 1985.

CORTEZ-MAGHELLY, C. O estresse e suas implicações fisiológicas. **Folha Médica**, v. 103, n. 4, p. 175-181, 1991.

COSTA, J. C. Contribuição à história das Idéias no Brasil. **Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1967.**

COSTA, M. C. C. Sociologia: introdução ao estudo da sociedade. São Paulo: Moderna, 1987.

COTRIM, G. **Fundamentos da filosofia**: ser, saber e fazer. São Paulo: Saraiva, 1993.

CREMA, R. A abordagem holística: integração do método analítico e sintético. In: BRANDÃO, D. M. S.; CREMA, R. **O novo paradigma holístico**: ciência, filosofia, arte e mística. São Paulo: Summus, 1991.

CROZIER, M.; FRIEDBERG, E. **L'acteur et le système**. Paris: Seuil, 1977.

CUNHA, L. A. **Educação e desenvolvimento social no Brasil**. 5. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1980.

CURIE, J.; HAJJAR, V. Vie de travail, vie hors travail. La vie en temps partagé. In: LEVY-LEBOYER, C.; SPERANDIO, J. C. (Ed.) **Traité psychologie du travail**. Paris: PUF, 1987.

DADOY, M. et al. **Les analices du travail, enjeux et formes**. Paris: CEREQ, 1990.

DALLMAN, M. F. et al. Regulation of ACTH secretion: variations on a theme of B. In: CLARK J. H. (Ed.). **Recent progress in Homorne Research**. Orlando: Academic Press, v.43, p.113-173, 1987

DANIELLI, I. **Palavras especiais**. Curso de Filosofia e Existência. Eixo Temático VI: Metodologia da Pesquisa. Brasília: Universa, 1996.

DANIELLOU, F. **Le travailleur, la vane, l'écran**. Paris: ANACT, 1986.

DAVIS, C.; OLIVEIRA Z. **Psicologia na educação**. São Paulo: Cortez, 1992.

DAVIS, J. M. et al. Cerebrospinal fluid and urinary biogenic amines in depressed patients and healthy controls. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, v.45, p.705-717, 1988.

DAVIS, R. C.; BUCHWALD, A. M.; FRANKMAN, R. W. Autonomic and muscular responses and their relation to simple stimuli. **Psychol. Monographs**, v. 69, n.405, 1955.

DEAN. M. **Work stress can cause political strain**. The Lancet, London, v.346, n.8981, oct, 1995.

DEBESSE, M.; MIALARET, G. **História da Pedagogia**. São Paulo: Nacional, 1977. (Trabalho das Ciências Pedagógicas, 2)

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

DE KEYSER, V. Why field studies? In: KARWOWSKI, W. **Human factors in design for manufacturability and process planning**, Proccedings, 1990.

DELAY, J.; PICHOT, P. Manifestações fisiológicas: teoria das emoções. In: **Manual de Psiquiatria**, p. 102-112, 1972.

DELBONI, T. H. **Vencendo o Stress**. São Paulo: Makron Books, 1997.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **O Anti-Édipo**, Rio de Janeiro: Imago, 1976. 510p.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

DOHRENWEND, B. et al. **Mental Illness in the United States**: Epidemiological Estimates. New York: Praeger, 1980.

DOISE, W. Les Representations Sociales: definition d'un concept. In: DOISE, W.; PALMONARI, A. (Org.). **L'étude des représentations sociales**. Paris: Delachaux % Niestlé, 1986.

DOMINGUES, J. M. **Sociologia e modernidade**: para atender a sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DUNNING, A. J. Status of the doctor : present and future. **The Lancet**, Londres, v. 354, p. 18, dez. 2000.

DURAFFOURG, J. et al. **Analyse des activités de l'homme en situation de travail. Principes de méthodologie ergonomique**. Manuel de Travaux Preatique, Laboratório de Ergonomia, CNAM, 1977.

DÜRKHEIM, E. **Regras do Método Sociológico**. 6. ed, São Paulo: Editora Nacional, 1982.

_____. **Educação e sociologia**. São Paulo: Melhoramentos, [s. d.].

DUSSEL, E. **Ética do Trabalho**. In: **ÉTICA Comunitária: Liberta do Pobre**. Petrópolis: Vozes, 1986.

DUVAL, F.; MACHER, J. P.; MOKRANI, M. C. Difference between evening and morning thyrotrpin responses to protirelin in major depressive episode. **Arch. Gen. Psychiatry**, Chicago, p.47, p.443-448, 1990.

EDNEY, J. J. **Human territoriality**. Psychological Bulletin, 1974.

EDUCAÇÃO premiada. **Cadernos do Terceiro Mundo**. Rio de Janeiro, n. 211, p. 25, jul./ago. 1999.

EKSTERMAN, A. Fatores iatrogênicos na relação médico-paciente. **Jornal Brasileiro e Medicina**, v. 15, p. 414-421. 1968.

EMERENCIANO, M. S.; WICKERT, M. L. **Uma concepção integrada**. Brasília: Universa, 1997.

ETCHEVERRY, A. O conflito atual dos Humanismos. **2. ed. Porto: Tavares Martins, 1964.**

EVANS, G. W.; COHEN, S. Environmental stress. In: STOKOLS, D.; ALTMAN, I. (Ed.). **Environmental stress**. New York: Cambridge University Press, 1987.

EXTEIN, I.; POTTASH, A. L. C.; GOLD, M. S. TRH test in depression. **New England Journal Med.**, Massachussetts, v.302, p.923-924, 1980.
FALCÓN, F. J. C. Iluminismo. **2. ed. São Paulo: Ática, 1989.**

FALZON, P. Ergonomie cognitive du dialigue. Grenoble: Presses Universitaires, 1989.

FERRARA, F. A. et al. **Medicina de la Comunidad**. Buenos Aires, Intermedica. Ed. 1972.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

FIALHO, F.; SANTOS, N. **Manual de análise ergonômica do trabalho**. Curitiba: Genesis, 1995.

FIEDLER, F. E. **A Theory of Leadership Effectivness**. New York: McGraw-Hill, 1967.

FITTS, P. M.; JONES, R. E. Analysis of factors contributing to 460, pilot errors experienced ion operating aircraft controls. USAF Air Material Command Memo Rept, N. ISEAA-694.12.1947.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W.; WAGNER, E. H. **Clinical Epidemiology: The Essentials**. Baltimore: Williams & Wilkins. 1982.

FLORES-LOZANO, J. A. Aspectos psicológicos da fadiga. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 8, n. 29, p. 52-56, 1980.

FLOYD, W. F.; WELFORD, A. J. **Human factors in equipment design**. London: Lewis, H. K., 1954.

FONTANA, D. **Estresse**. São Paulo: Saraiva, 1991.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1977.

_____. **O nascimento da clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.

_____. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FRANÇA, A. C. L. Stress ocupacional. **Revista CIPA**, São Paulo, p. 40-41, 1996.

FREEMAN, R. B. Team Work in Public Health. **Canadian Journal of Public Health**. v. 55, n. 9, p. 385, 1964.

FREI BETTO. Ecologia e movimentos populares. **Linha Direta, São Paulo**, v. 10, 17 ago. 1990. p. 6-7.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

FREITAS, A. B. **A psicologia, o homem e a empresa**. São Paulo: Atlas, 1988.

FREUD, S. **Conferências introdutórias sobre psicanálise: teoria geral das neuroses-I**. Rio de Janeiro: Imago, 1976. v. 22.

_____. **O mal estar na civilização: obras completas**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

FRIGOTTO, G. Trabalho, conhecimento, consciência e a educação do trabalhador: impasses teóricos e práticos. In: GOMES, C. M. et al. Trabalho e conhecimento: dilema na educação do trabalhador. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. A base é o que importa. **Jornal do Brasil**, Rio de Janeiro, 28 fev. 1999. p. 1-2.

FROMM, E. **La patolog'ia de la normalidade**. Barcelona, Buenos Aires, México: Paidós, 1994.

_____. **Análise do Homem**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

_____. **Ter ou ser?** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

FUNKESTEIN, A fisiologia do medo e da raiva. In: **Scientific American, Psicobiologia**. São Paulo: Polígono, p. 209-214, 1969.

FURTH, H. G. **Piaget e o conhecimento**. Rio de Janeiro: Forense, 1984.

GADOTI, M. História das Idéias Pedagógicas. São Paulo: Ática, 1993.

_____. **Pedagogia da práxis. São Paulo: Cortez, 1995.**

GANONG, W. F. **Fisiologia Médica**. São Paulo: Atheneu, 1977.

GARDNER, H. **Inteligências múltiplas: a teoria na prática**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

GERDES, T.; YATES, W. R.; CLANCY, G. Increasing Identification and Referral of Panic of Disorder Over the Past Decade. **Psychosomatics**, Washington DC, v. 36, n. 5, oct. 1995.

GERMANO, J. W. A transformação da questão social e a educação. Conferência proferida durante a 50ª Reunião Anual da SBPC. Natal, jul. 1998.

GHIRALDELLI JR., P. História da Educação. **São Paulo: Cortez, 1990.**

GLAVIN, G. Stress and brain noradrenaline: a review. **Neurosci. Biobehav**, New York, v.9, p.233-243,1985.

GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de administração de empresas/EAESP/FGV**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 21-29, maio/jun. 1995.

GOLD, M. S. et al. THR induced TSH response in unipolar and secondary depressions: possible utility in clinical assessment and differential diagnosis. **Psychoneuroendocrinology**, Oxford, v. 5, p. 147-155, 1980.

GOLD, P. W.; GOODWIN, F. K.; CHROUSOS, G. P. **Clinical and biochemical manifestations of depression. Relation to the neurobiology of stress.** N. Engl. J. Med., Massachusetts, v. 319, p. 348-353, 413-420, 1988.

GOLEMAN, D. Escravos da paixão. In: _____. **Inteligência Emocional.** Rio de Janeiro: Objetiva, 1995. p. 69-90.

GORDON, J. E. The Epidemiology of Accidents, **Am. J. Pub. Health**, 1949.

GORDON, J. E.; AUGUSTIN. D. L. Tropical Environment and Communicable Disease, **Am. J. M. Sc.**, 1948.

GRAMSCI, A. **Concepção dialética da história.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1981.

GRENZ, S. Pós-modernismo: para entender a filosofia de nosso tempo. **São Paulo: Vida Nova, 1997.**

GUARESCHI, P. Sociologia crítica: alternativas de mudanças. 45. ed. Porto Alegre: **EDIPUCRS, 1999.**

GUILLEVIC, C. **Psicologia do trabalho.** Tradução. [S.L.]: [s.d.].

GUIRADO, M. **Psicologia institucional.** São Paulo: EPU, 1987.

GUTIERREZ, F.; PRIETO, D. **A medição pedagógica**: educação a distância alternativa. Campinas: Papyrus, 1994. (Série Internacional do Instituto Paulo Freire).

GUYTON, A. C. **Tratado de Filosofia Médica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 2002.

_____. Descarga maciça do sistema simpático versus características discretas dos reflexos parassimpáticos. In: _____. **Tratado de Fisiologia Médica**, p. 622-623, 2002.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

HANSON, P. G. **Aproveite seu stress**. São Paulo: Siciliano, 1989.

HAWKINS, J. W.; GORDON, J. E. Epidemiologic aspects of mottled enamel, **Am. J. M. Sc.**, 1940.

HELLER, Á. **Sociologia de la vida cotidiana**. Barcelona: Ediciones Península, 1991.

HENDRICK, H. Macroergonomics: a concept whose time has come. **HFS Bulletin**, v. 30, n. 2, p. 1-3, 1987.

HILBERT, M.; LOGEALY, P. **Anxiété et Profession**. Nambod Mc 250/84, Fundacentro, São Paulo.

HOBSBAWM, E. **Era dos extremos: o breve século XX 1914-1991**. 2. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

HOUYOUX, A. **Analyse du poste de démouleur dans une raffinerie du sucre**. Memória, Universidade Livre de Bruxelas, 1952.

HÜHNE, L. M. (Org.). **Metodologia científica**. Rio de Janeiro: Agir, 1987.

ILDA, I. **Ergonomia: projeto e produção**. São Paulo: Edgar Blücher, 1990.

JANSEN, G. **Effects of noise on the vegetative nervous system of man**. Ger. Med. Month, v.61, p.12-13, 1961.

JAPIASSÚ, H. **Introdução às ciências humanas: análise de epistemologia histórica**. São Paulo: Letras & Letras, 1994.

_____. **Pedagogia da incerteza**. Rio de Janeiro: Imago, 1983.

JOVCHELOVITCH, S. **Re(Des)cobrimos o outro**. In: ARRUDA, A. (Org.). **Representando a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 1998.

KALIMO, R. et al. **Psychosocial Factors at Work and their Relation to Health**. Geneva: World Health Organization, 1987.

KANT, I. **Ceuvres philosophiques**. França : Gallimard, 1980.

_____. **Crítica da razão pura e outros textos filosóficos**. São Paulo: Abril Cultural, 1974.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B.J. **Compêndio de psiquiatria**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

KHUN, T. **The structure of Scientific Revolutions**. 2. ed. Chicago: University of Chicago, 1997.

KIRKEGAARD C.; SMITH, E. Continuation therapy on endogenous depression controlled by changes in the TRH simulation test. **Psychological Medicine**, London, v.8, p.501-502, 1978.

KLEINBAUN, D. G.; KUPPER, L. L.; MORGENSTERN, H. **Epidemiologic research: principles and quantitative methods**. California: Wardsworth, 1982.

KONDER, L. **O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

KOOGAN e HOUAISS. **Enciclopédia e dicionário ilustrado**. Rio de Janeiro: Delta 1994.

KOSLOW, S. H. et al. Cerebrospinal fluid and urinary biogenic amines and metabolites in depression, mania, and healthy controls. A univariate analysis. Arch. **Gen. Psychiatry**, Chicago, v. 40, p. 999-1010, 1983.

LAFONTAINE, A. **L'épidémiologie du "stress" et les problèmes qu'il pose sur le plan médical et social. Le cas particulier des réactions psychiques aiguës à un psychotraumatisme**. Bull. Acad. Natle. Méd., Bruxeles, v.179, n.3, p.449-462, 1995.

LA FORMACION Del Personal Sanitário. Cronograma da Organização Mundial da Saúde, 1970.

LAJONCQUIÉRE, L. **De Piaget a Freud: para repensar as aprendizagens: a (psico)pedagogia entre o conhecimento e o saber**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

LAUTERT, L. O desgaste profissional: uma revisão de literatura e implicações para a enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 18, n. 2 , p. 83-93, 1997.

LAVILLE, A.; RICHARD, E.; WISNER, A. **Les conditions de travail des femmes O.S. dans la construction électronique**. Paris: BRAEC, 1967.

LAVILLE, A.; TEIGER, C. Santé mentale et conditions de travail- une approche de la psychopathologie du travail. **Revue Therapeutique**, 1975.

LAVILLE, A.; TEIGER, C.; WISNER, A. **Age et contraintes de travail**. Paris: Naturalia et Biologia, 1975.

LAZARUS, R. S. **Stress, appraisal, and coping**. New York: Springer, 1984.

LEGOFF, J. Os intelectuais na idade média. **3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1983**.

LEHER, R. A ideologia da globalização na política de formação profissional brasileira. **Apostila**.

LEHMAN, G. **Praktische Arbeitsphysiologie**. Berlin: Urban und Schwarzenberg, 1951.

LEHTINEN, V.; JOUKAMAA, M., Epidemiology of depression. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. Copenhagen, v.89, n.377, 1994.

LEPLAT, J. Quelques données pour servir à l'aménagement des travaux de surveillance. Bulletin du CERP, v. 7, n. 1-3, p. 265-78, 1958.

LEPLAT, J.; BISSERET, A. Analyse des processus de traitement de l'information chez le contrôleur de la navigation aérienne. **Bulletin du CERP**, v. 15, n. ½, p. 51-67, 1965.

LEVI, L. Stress. In: **Encyclopaedia of occupational health and safety**. 3 ed. Geneva: International Labour Office, 1983. v.2, p.2106-11.

LEWIN, K., **Teoria de campo em ciência social**. São Paulo: Pioneira, 1965.

LEWINSOHN, R. **Tristes e carteis**: suas origens influências na economia mundial. Rio de Janeiro: Globo, 1945.

LIMENTANI A. Creativity and the Thirde Age. **International Journal of Psychoanalysis** 1995; 76: 825-833.

LITRRE, É. Conservation, révolution et positivisme. **2. ed. Paris: Aux bureaux de la Philosophie Positive, 1879.**

LONCHAMPT. Epitome da vida e dos escritos de Augusto Comte. **Rio de Janeiro: Apostolado Pozitivista do Brasil, 1898.**

LOOSEN, P.T., PRANGE, A. J. **Serun thyrotrophin response to tryotropin-releasing hormone in psychiatric patients: a review**. Am J Psychiatry, Washington, v.139, p.405-426, 1982.

LUCKESI, C. Planejamento e avaliação na escola: articulação e necessária determinação ideológica. In:_____. **Avaliação da aprendizagem escolar**: estudos e proposições. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995. p. 102-119.

LYOTARD, J. O saber já não é um meio de emancipação. In: KECHIKIAN, A. Os filósofos e a educação. Lisboa: Edições Colibri, 1993.

MACCARIELLO, M. C. Educação ambiental e cidadania. In: GONÇALVES, M.A.R. (Org.). **Educação e Cultura: pensando em cidadania.** Rio de Janeiro: Quartet, 1999.

MACEDO, R. M. et al. **Psicologia e instituições.** São Paulo: Cortez, 1986.

MACHADO, A. B. M. **Neuroanatomia Funcional.** Rio de Janeiro: Livraria Atheneu, 1983.

MACHADO, M. H. **Os médicos no Brasil: um retrato da realidade.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

MACKWORTH, N. H. **Notes on the clock test: a new approach to the study of prolonged visual perception to find the optimum length of watch for radar operators.** MRC Rept, n.1, 1944.

MAC MAHON, P. T. **Epidemiology: principles and methods.** Boston: Little Brown & Co. 1970.

MAGNOLI, D. **Globalização: Estado nacional e espaço Mundial.** São Paulo: Moderna, 1995.

MALDONADO, M. T. A ilusão da onipotência na relação médico-paciente. **Revista Feminina**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 324-331, 1978.

MALUF, U. M. M. Uma Concepção evolucionista da ergonomia. **Atualidades em Prevenção de Acidentes**, São Paulo, v. 17, n. 194, p. 12-13, 1986.

MANACORDA, M. A. História da educação da antiguidade aos nossos dias. **São Paulo: Cortez, 1989.**

MARCUSE, H. **A Ideologia da Sociedade Industrial.** 6. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.

MARGOLIN, J. A educação no tempo da contra-Reforma. In: VIAL, J.; MIALARET, G. História mundial da Educação. Porto: Rés, [s.d.]. v. 2.

MARI, J.; BLAY, S. L.; YACOPONI, E. **Um estudo de confiabilidade da versão brasileira da clinical interview schedule.** Bol. Of Sanit. Panama, 1986.

MARTIN-BARÓ, I. **Accion e ideologia:** psicologia social desde Centroamérica. 2. ed. El Salvador: UCA, 1985.

MARTINS, W. História da Inteligência brasileira: (1877-1896). São Paulo: Cultrix, 1979. v. 4.

MARX, K. **Manuscritos:** economia y filosofia. 11. ed. Madrid: Alianza Editorial, 1985.

_____. Posfácio à 2ª edição alemã de O Capital. In: **O Capital.** São Paulo: Abril Cultural, 1983. v. 1.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã.** São Paulo: Grijolbo, 1977.

MASLOW, A. H. A theory of human motivation. **Psychological Review**, Washington, 1943.

MASON, J.W. Psychologic stress and endocrine function. In: SACHAR, E. J. (Ed). **Topics in psychoendocrinology.** New York: Grune & Strtton, 1975.

MAYO, D. W., **Microscale organic laboratory:** with multistep and multiscale syntheses. 3. ed. – New York: John Wiley, 1994.

MAZZOTI, T. B. Estatuto de cientificidade de Pedagogia. In: PIMENTA, S. G. (Coord.). Pedagogia: ciência da educação?. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1998.

MC CORMICK, E. J. Human engineering. New York: Mc Graw Hill Books, 1957.

MCLELLAN, Tom. **Ansiedade e o stress.** São Paulo: Nova Cultural, 1988.

MEDINA, M. C. G. **A aposentadoria por invalidez no Brasil**. 1986. 115 f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo.

MEKSENAS, P. Sociologia da educação. **São Paulo: Loyola, 1988.**

MELLO FILHO, J. **Psicossomática hoje**. Porto Alegre: ArtMed, 1992.

MENDES, R. Patologia do trabalho. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MENDES, R. T. A Universidade. **Rio de Janeiro: Centro Positivista Brasileiro, 1882.**

MESNARD, P. La pédagogie des jésuites. In: **CHATEAU, J.** Les Grands Pédagogues. **Paris: PUF, 1996.**

MEYERSON, L. Le Travail: une conduite. **Jornal de Psychologie normale et pathologique**, 1955.

MIELNIK, I. **Higiene mental do trabalho**. São Paulo: Artes Médicas, 1996.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 9, p. 239-248, 1993.

MINO, Y. **Dpressive disorders in Japanese Primary Care Patients**. Family Practice. Oxford University Press, Oxford, 1994.

MIZUKAMI, M. G. **Ensino**: as abordagens do processo. São Paulo: EPU, 1986.

MONCADA, L. C. Um “Iluminista” Português do Século XVIII: **Luís Antônio Verney**. São Paulo: Livraria Acadêmica Saraiva, 1941.

MONTAIGNE, M. Ensaaios. **São Paulo: Abril Cultural, 1972.** (Coleção Os Pensadores, v. XI).

MONTMOLLIN, M. **A ergonomia**. Lisboa: Instituto Piaget, 1990.

MORENO, A. **Lições de linguagem**. Porto: Educação Nacional, 1937.

MORIN, E. Complexidade e ética da solidariedade. In: CASTRO, G.; CARVALHO, E. A.; ALMEIDA, M. C. (Org.). **Ensaio de complexidade**. Porto Alegre: Sulina, 1997.

MORRIS, J. N. **Uses of epidemiology**. 3. ed. Churchill Livingstone: Edimburgo, 1975.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOTEIRO, M. S.; GOMES, J. R. De Taylor ao modelo japonês: modificações ocorridas nos modelos de organização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 25, n.93/94, 1998.

MUNCK, A.; GUYRE, P. M.; HOLBROOK, N. J. Physiological function of glucocorticoids in stress and their relation to pharmacological action. **Endocrine Reviews**, Baltimore, v. 5, p. 25-44, 1984.

MUNIZ, J. R.; CHAZAN, L. F. Ensaio de psicologia médica. In: NEIVA, K. M. C.. **Entendendo a orientação profissional**. São Paulo: Paulus, 1995.

MURPHY, L. R. Occupational stress management: A review and appraisal. **Journal of Occupational Psychology**, Leicester,

MURREL, K. F. H. **Ergonomics**. London: Chapman and Hall, 1965.

NEGREIROS, T. C. G. M. **A “nova” mulher em processo de envelhecimento: confrontos e conflitos**. 1996. 220 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

NERI, A. L. **Envelhecer num país de jovens**: significados de velhice segundo brasileiros não-idoso. Campinas: Uncamp, 1988. (Tese de Livre Docência).

NEWTON, T. **“Managing” Stress**: emotion and power at work. London: SAGE, 1995.

NIETZSCHE, F. **La genealogia de la moral**. Madrid: Alianza Editorial, 1974.

NOSELLA, P. Educação e cidadania em Antonio Gramsci. In: BUFFA, E. et al. **Educação e cidadania: quem educa o cidadão?**. 4. ed., São Paulo: Cortez, p. 81-91.

NUNES, A. M. F. M. **As psicossomatizações do envolvimento emocional de um grupo de enfermeiras resultantes da má adaptação ao estresse**: Estudo de caso na Rede Hospitalar. 1999. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

NUNES, C. L. A. V. (1713-1792): um pensador atravido?. **Revista do Departamento de História**, Belo Horizonte, n. 9, p. 47-56, 1989.

NUNES, M. B. G.; CHAVES, M. Y. M. ; CUPELLO, A. J. **Estresse como um risco ocupacional em enfermagem psiquiátrica**. Portugal: [s. n.], 2000. (Pesquisa apresentada no CALASS/2000).

NUTTIN, J., **Psicanálise e Personalidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: Agir, 1961.

OCHANINE, D.; ZALTZMAN, A. **Operativité de l'image d'un contrôle de processus**. In: **Règulation de l'activité**. Edições de Moscou, 1973.

OLIVEIRA, M. I. **Atores de identidade na terceira idade**. 1982. Dissertação (Mestrado em Psicologia) -.Instituto de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas.

OMBREDANE, A.; FAVERGE, J. M. **L'analyse du travail, facteur d'économie humaine et de productivité**. Paris: PUF, 1955.

ORTIZ, G. C. M.; PATIÑO, N. A. M. El estrés y su relacion com las condiciones da trabajo del personal de enfermeria. **Revista Investigación y Educación en Enfermería**, Colombia, v. 10, n. 2, p. 83-89, 1991. (Sup. Medellín).

ORTIZ, R. **Introdução**. In: _____. Pierre Bourdieu. São Paulo: Ática, 1983.

OTERO, G. J. J. **Riesgos del trabajo del personal sanitario**. McGraw-Hill. Interamericana de España. Madrid/ESPANHA, 1993.

PACAUD, S. L'activité des facteurs enregistrants. In: PIERON, H. **Traité de Psychologie appliqué**, I-III. Paris: PUF, 1954.

PAIVA, V. **Educação popular e educação de adultos**. São Paulo: Loyola, 1983.

PARAGUAY, A. I. B. B. Ergonomia: carga de trabalho, fadiga mental. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v.15, n. 59, p. 39-43, 1987.

_____. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para melhoria das condições de trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, n.70, abr./jun. 1990.

PAULA, A. M. P. Stress ocupacional. **Revista CIPA**, São Paulo, p. 40-41, 1996.

PAVARD, B.; BENCHEKROUN, H.; SALEMBIER, P. La regulation collective des communications: analyse et modélisation. In: ATAS DO COLÓQUIO. **As contribuições da Ergonomia e da informática avançadas para a Concepção dos Sistemas Interativos**. Biarritz, 19-21 set. 1990.

PELLEGRINO, H. Instituição, linguagem, liberdade. **Jornal do Brasil**. Rio de Janeiro, 14 maio 1986.

PESSANHA, J. A. M. Platão: vida e obra. In: PLATÃO. **Os pensadores**. São Paulo: Nova Cultural, 1991.

PIAGET, J. Seis estudos de psicologia. **Rio de Janeiro: Forense, 1984**.

PINES, H., **The Chemistry of catalytic, hydrocarbon conversions**. New York: Academic Press, 1981.

PLASTINO, C. A. a crise dos paradigmas e a crise do conceito de paradigma. In: **BRANDÃO, Z. (Org.). A crise dos paradigmas e da educação. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995**.

POPPER, K. **Conhecimento objetivo**. São Paulo: Itatiaia, 1975. 394p.

POTIER, M.; ESTRYN – BEHAR, M. **L'Ergonomie en Milieu Hospitalier**. Actes du Xve Congrès de la Société D'Ergonomie de Langue Française. Paris, 1979.

PREVILLÉ, M. **The Structure of psychological distress**. Psychological Reports, Missoula, v. 77, p. 275-293, 1995.

PULASKI, M. A. S. **Compreendendo Piaget**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986.

PY, Ligia. **Testemunhas vivas da história**. Rio de Janeiro: NAU, 1999.

QUEINNEC, Y.; TEIGER, C.; **TERSSAC, G. Repères pour négocier le travail poste**. Toulouse: Universidade de Toulouse-Le Mirail. 1985.

RAGO, L. M.; MOREIRA, E. F. P.. **O que é taylorismo**. 3. ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.

RAJATANAVIN, R.; TONG, R. A.; BRAVERMAN, L. F. Effect of chloride on serum thyroxine binding in familiar dysalbumenic hyperthyroxinemia. **J. Clin Endocrinol Metab**, v. 58, p.388-391, 1984.

RASMUSSEN, J. The human as a systems component. In: SMITH, H.T.; GREEN, T.R.G. (Ed.). **Human Interction with Computers**. London: Academic Press, 1980.

REUL, J.M.H.M., VAN DEN BOSCH, F.R., KLOET, E.R. de,. **Differential response do tipe-I and type-II corticosteroid receptors to changs in plasma steroid levels and circadian rhythmicity**. Neuroendocrinology, v. 45, p.407-412, 1987.

REVISTA PAULISTA DE ENFERMAGEM. São Paulo, ago/set. 1984.

REZENDE, A. (Org.). Curso de Filosofia. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1986.

RIBEIRO, C. M. A gestão administrativa da enfermagem nos serviços de saúde. **Revista da Escola Paulista de Enfermagem**, São Paulo, 1971.

RIBEIRO, M. L. S. História da Educação brasileira: a organização escolar. 11. ed. São Paulo: Cortez, 1991.

RIBEIRO, P. R. M. **Saúde mental**: dimensão histórica e campos de atuação. São Paulo: EPU, 1996. p. 54-58.

RICHARD, J. F. **Les activités mentales**: comprendre, raisonner, trouver des solutions. Paris: Armand Colin, 1990.

RICHARDSON, J. Pesquisa social: métodos e técnicas. São Paulo: Atlas, 1985.

ROBBINS, S. P. **Comportamento organizacional**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

RODRIGUES, M. **Psicologia educacional**. S. Paulo: McGraw Hill, 1986.

ROGERS, C.; ROSEMBERG, R. **A pessoa como centro**. São Paulo: EPV, 1977.

ROMANELLI, O. O. **História da educação do Brasil**: (1930-1973). 6. ed. Petrópolis: Vozes, 1984.

ROMANOVSKY, A. J. The epidemiology of psychiatrist-ascertained depression and DSM-III depressive disorders. **Psychological Medicine**, London, v.22, p.629-655, 1992.

ROSA, M. G. História da educação através dos textos. São Paulo: Cultrix, [199?].

ROSELLINI, R. A.; DECOLA J. P.; SHAPIRO, N. R. Cross-motivational effects of inescapable shock are associative in nature. **J. Exp Psychol [Anim Behav]**, London, v. 8, p. 376-388, 1982.

ROSENMAN, M. Personality Factors in pathogenesis of coronary heart disease. **J.S.C. Med. Assoc.**, v. 72, p.38-44, 1976.

ROSSI, A. M. **Auto controle**: nova maneira de controlar o estresse. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 1994.

ROUSSEAU, J. **Discurso as ciências e as artes e sobre a origem da desigualdade**. Rio de Janeiro: Athena, 1962.

_____. **Les confessions**. Paris: Generale française, 1972.

_____. **O contrato social**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

SALVENDY, G. **Handbook of Human Factors**. New York: Wiley, 1986.

SAMULSKI, C.; NITSCH. **Estresse**: teorias básicas. Belo Horizonte: Gráfica Costa e & Cupertino, (1996).

SAN MARTIN, H. **Salud y Enfermidad**. La Prensa Médica Mexicana. 2. ed. Mexico, 1968.

SANDRONI, P. **O que é mais-valia**. 7. ed. 1986.

SANTOS. M. S. **A (In) Satisfação do Enfermeiro no Trabalho**: implicações para o gerenciamento das ações de enfermagem – aspectos teóricos. 1999. 135 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade do Estado de São Paulo, Ribeirão Preto.

SARTORELLI, E. **Tratado di medicina del Lavoro**. Padova: Piccin Editore, 1981.

SCHERRER, J. **Physiologie du travail (ergonomie)**. Paris: Masson, 1967.

SCHRAIM, W. J. **Introdução à psicologia profunda para educadores**. São Paulo: EPU, 1976.

SCHUTZ, W. C. **O prazer expansão da consciência humana**. Rio de Janeiro: Imago, 1974.

SCHWARTZ, Y. Ergonomie, philosophie et exterritorialité. In: DANIELLOU, F. (Org.). **L'ergonomie en quête des principes**. débats épistémologiques. Toulouse, France: Octares Éditions, 1996.

SCIACCA, M. F. El problema de la Educación en la historia del pensamiento occidental. **Barcelona: Luis Miracle, 1957.**

SELYE, H. Forty years of stress research: principal remaining problems and misconceptions. **Canad. Med. Assoc. J.**, Toronto, v. 115, n. 53, 1976.

_____. **Estresse, a tensão da vida**. São Paulo: IBRASA, 1965.

SERNA I. Transformaciones físicas e psíquicas no anciano. In: SERNA I. **Psicogeriatría**. Madrid: Jarpyo, 1996.

SEVERINO, A. J. **Filosofia**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1994.

SILVA FILHO, José Luiz Fonseca da. **Gestão participativa e produtividade**: uma abordagem da ergonomia. Florianópolis, Santa Catarina, 1995. 132 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Centro Tecnológico, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SILVA, E. S. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: UFRJ, 1994.

SILVA, G. B. **A educação secundária: perspectiva histórica e teoria**. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, 1969.

SILVA, J. El enfermar del ser humano. In: VIVEROS, M. G. (Org.). **Medicina y sociedad**. México: Fondo de Cultura Económica, 1994.

SILVA, M. **Um convite à interatividade e à complexidade**. In: GONÇALVES, M. A. R. (Org.). **Educação e cultura: pensando em cidadania**. Rio de Janeiro: Quartet, 1999. p. 135-167.

SILVEIRA, M. L. **O que é stress?**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

SIMON, G. E.; VONKORFF, M. Reevaluation of Secular Trends in Depression Rates. **American Journal of Epidemiology**, Ottawa, v.135, n.12, oct. 1992.

SKINNER, B. F. **O mito da Liberdade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Block, 1973.

SLUCHAK, T. J. Ergonomics: Origins, focus and implementation considerations. **AAOHNJ**, v. 40, n. 3, p. 105-112, 1992.

SMITH, J.; SALVENDY, G. **Occupational stress**: review and reappraisal. Human Factors, Santa Monica, 1982.

SNYDERS, G. Os séculos XVII et XVIII. In: DEBESSE, M.; MIALARET, G. **História da Pedagogia**. São Paulo: Cia. Ed. Nacional, EDUSP, 1977. p. 306. (Tratado das ciências Pedagógicas, 2).

SOARES, C. E. R.. Humanização da Medicina. **Anais da Academia Nacional de Medicina**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 159, p. 53-59. 1999.

SOARES, D. H. P.; KRAWULSKI, E. O desenvolvimento de novas técnicas em orientação profissional no LIOP: Laboratório de Informações e Orientação Profissional. In: LASSANCE, M. C. P. **Técnicas para o trabalho de orientação profissional em grupos**. Porto Alegre: Ed. Universidade, 1999.

SOARES, M. B. **Linguagem e escola**: uma perspectiva social. São Paulo: Ática, 1986.

SOLIS, D. E. Cidade e cidadania. In: HÜHNE, L. M. (Org.). **Fazer filosofia**. Rio de Janeiro: UAPÊ, 1994. p.170-211.

SPECTOR, P.E. **Perceived control by employees**: a meta-analysis of studies concerning autonomy and participation at work. Human Relations, New York, v.39, 1986.

SPERANDIO, J. C. **La Psychologie en ergonomie**. Paris: PUF, 1980.

SPINOZA, B. **Ética**. São Paulo: Atena, 1955.

STELLMAN, J. M. Y.; DAUM, S. M. **El trabajo es peligroso para la salud**. Siglo Veintiuno Editores. Cidade do México/MÉXICO, 1996.

STEPHENS, S. D. G. Hearing and personality: a review. **Journal of Sound and Vibration**, v.20, p.287, 1972.

SWANN, A. C. et al. Stress, depression, and mania: relationship between perceived role of stressful events and clinical and biochemical characteristics. **Acta Psychiatr. Scand.**, Copenhagen, v.81, p.389-397. 1990.

TARGUN, S. D.; GREENBERG, R.; HARMON R. **Adjunctive thyroid hormone in refractory depression.** American Psychiatric Association Annual Meeting. New Research Abstract, New York, v.38, 1983.

TAVARES, M. C. **O Brasil desempregado.** Jornal do Brasil. Rio de Janeiro, 19 dez. 1999.

TAYLOR, F. W. **The principles of scientific management.** New York: Harper, 1915.

TEDESCO, J. C. **Sociologia da educação.** 2. ed. São Paulo: Cortez e Autores Associados, 1985.

THEUREAU, J. **Introduction à l'étude de cours d'action.** Paris, 1990. Tese (Habilitation) – Universidade de Paris XIII.

THOREVSKIJ, V. I. et al. **Psychophysiological aspects of monotonous work.** World Health Organization. Fundacentro/ São Paulo, 1984.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURA, M. L. **Escola, homogeneidade e diversidade cultural.** In: GONÇALVES, M. A. R. (Org.). **Educação e cultura: pensando em cidadania.** Rio de Janeiro: Quartet, 1999.

UTIGER, R. D. Thyrotropin: assay and secretory physiology in man. In: BAVERMAN. L. E., INGBAR, S.H. (Ed.). **The Werner's Thyroid, a fundamental and clinical test.** 5. ed. New York: Harper and Row. 1986.

VAZ, M. R. C. Reflexões concernentes ao conceito trabalhado na cotidianidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.48, n. 2, p.168-171, abr/jun, 1995.

VERDENAL, R. **La Filosofia positiva de Auguste Comte.** In: CHÂTELET, F. **Historia de la Filosofia: ideas, doctrinas.** Madrid: Espasa-Calpe, 1976. v. 3. p. 217-251.

VERMERSCH, P. **L'observation systematique dans l'étude du fonctionnement cognitif, Psychologie française.** 1984.

VERNEY, L. A.; BARBADINHO, P. Verdadeiro método de estudar para ser útil à república e à igreja proporcionado ao estilo e necessidade de Portugal. **Valensa (Portugal), Oficina de Anônio Balle, 1746.**

VIAL, J.; MIALARET, G. História mundial da Educação. **Porto: Rés, [s. d.]. v. 2.**

VIDELA, M. **Prevención.** 4. ed. Buenos Aires: Ediciones Cinco, 1998.

VITA, A. **Sociologia da Sociedade Brasileira.** São Paulo: Ática, 1994.

VLADIS, A. **Relations entre el sommeil dans les conditions du travail nocturne et en partie nocturne et l'accomplissement de tâches exigeant une grande attention. Memória de ergonomista.** CNAM, 1981.

VOLFOFF, S. **Données générales sur les conditions de travail en 1978 at 1984 d'après une enquête nationale.** Ministerio do Trábalo (França), Serviço dos Estudos e da Estatística, 1985.

VIGOTSKY, L. S. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores.** 2. ed. São Paulo: M. Fontes, 1988.

_____. **Psicologia y Pedagogia.** Madrid: Akal, 1979.

WAITZKIN, Howard. **Uma visão marxista sobre o atendimento médico.** São Paulo: Avante, 1980.

WEBER, M. **A Ética Protestante e o esp'rito do capitalismo.** São Paulo: Pioneira, 1967.

WEFFORT, F. Reflexos sociológicos sobre uma pedagogia da liberdade. In: FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade.** 5. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975. p. 1-26.

WELCH, W. J. How cells respond to stress. **Scientific American**, New York, p.34-41, may, 1993.

WINSLOW, C. E. A., W. G. eta al. **The History of American Epidemiology**. The C.V. Mosby Company, St. LOUIS 1952.

WISNER, A. **Existe-t-il une anthropotechnologie, adaptation de la technologie à la population?** Textes Généraux III, Ergonomie, Travail mental, Anthropotechnologie. Laboratoire de Ergonomie du CNAM, 1979.

_____. **A inteligência no trabalho**: textos selecionados de ergonomia. São Paulo: FUNDACENTRO, 1994.

WISNER, A.; REBIFFE, R. Methods for improving workplace layout. **International journal of production research**, v. 2, p. 145-67. 1963.

WOODSON, W. E. **Human engineering guide for equipment designers**. University of California Press, 1954.

WYNDHAM, L. H. Tolerable limits of air conditions for men at work in hot mines. **Ergonomics**, v. 5, n. 1, p. 115-22, 1962

ZAIDHAFT, S. **Morte e formação médica**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990.

ZELDIN, T. **Uma história íntima da humanidade**. São Paulo: Record, 1996.